60a Tropical Dr

Travail de l'Institut Pasteur de Brazzaville

Troubles Psychiques

dans

La Maladie du Sommeil

PAR

Les Drs Gustave MARTIN et RINGENBACH

MÉDECINS DES TROUPES COLONIALES

(Extrait du journal *l'Encéphale*, nos 6 et 8, 1910.)

PARIS

H. DELARUE libraire-éditeur

Bureaux du journal l'ENCÉPHALE

5, rue des Grands-Augustins, 5

1910

L/Mar

200931447 7
INST. PSYCH.

22622

LIBRARY
INSTITUTE OF PSYCHIATRY
DE CRESPIGNY PARK
LONDON SE5 8AF

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21296091

Troubles Psychiques

Dans la Maladie du Sommeil

AVEC PRÉFACE

Du Professeur É. RÉGIS

PARIS
H. DELARUE, libraire-éditeur
Bureaux du journal l'ENCÉPHALE
5, rue des Grands-Augustins, 5
1910

PRÉFACE

L'étude de la Maladie du Sommeil est l'une de celles qui, dans le domaine de la pathologie et particulièrement de la pathologie exotique ont, en ces dernières années, suscité le plus de recherches et réalisé le plus de progrès. A peine connue naguère dans ses grandes manifestations symptomatiques, la trypanosomiase humaine s'éclaire rapidement de jour en jour, par le laboratoire et par la clinique, dans sa nature intime, dans sa pathogénie, dans son évolution, dans ses lésions, dans sa thérapeutique.

Tout un chapitre de cette étude, celui des troubles psychiques, était néanmoins demeuré dans l'ombre et c'est à peine si, grâce à certains travaux, tels que ceux de Corre, de Spielmeyer, de Louis Martin et Darré, nous possédions quelques notions sur les perturbations de l'intelligence et du caractère, si fréquentes dans la maladie et sur les formes cérébrales que celle-ci peut revêtir.

La description d'ensemble des manifestations psychopathiques de la maladie du sommeil que nous apportent aujourd'hui MM. Gustave Martin et Ringenbach, de la mission d'études du Congo et de l'institut Pasteur de Brazzaville, vient donc bien à son heure pour combler une si importante et si regrettable lacune.

Cette description, basée sur l'observation de cinq cents sujets trypanosomés, noirs et blancs est d'une précision et d'une netteté parfaites. Elle ne clôt certainement pas l'histoire psychiatrique de la maladie du sommeil, mais, du premier coup, elle l'avance d'un grand pas, en nous montrant, à l'aide d'exemples probants, toute la succession des phénomènes d'ordre mental qui peuvent s'y rencontrer, depuis les simples modifications cénesthésiques ou les réactions impulsives et délictueuses de la période prodromique — véritable période médico-légale — jusqu'à l'effondrement démentiel final.

Ce qui ressort essentiellement de là, c'est que la maladie du sommeil se comporte, dans son expression cérébropathique, comme à tous les autres points de vue, à la façon d'une toxi-infection et donne lieu, en conséquence, à des symptômes prédominants de confusion mentale et de délire onirique, sous toutes les formes et à tous les degrés ; c'est aussi et surtout que, semblable à la syphilis, elle détermine souvent, en outre, un complexus nosologique rappelant à peu près exactement celui de la paralysie générale.

Nous pouvons donc dire que la Trypanosomiase humaine apparaît actuellement (ainsi que nous le supposions en 1898 et que Mott (1905), Spielmeyer (1907) l'indiquaient) comme une méningo-encéphalite diffuse, comme une sorte de paralysie générale consécutive à une toxi-infection, ajoutons comme une paralysie générale qui suivrait rapidement et sans transition les symptômes délirants et confusionnels de la phase secondaire, de la saturation toxinienne, en s'accompagnant d'une narcolepsie caractéristique.

Ce n'est pas un mince mérite, pour le travail de MM. G. Martin et Ringenbach, d'avoir sérieusement contribué à mettre en évidence cette notion scientifique, si intéressante et si féconde. Ce mérite s'augmente des exceptionnelles difficultés que présentait l'exécution de ce travail pour des médecins non-spécialistes, observant en pleine brousse, sur des sujets non hospitalisés pour la plupart et qu'il n'était possible d'interroger, sur les détails de leur délire, de leurs hallucinations ou de leurs impulsions, qu'à l'aide d'interprètes.

En félicitant les auteurs du plein succès de leur entreprise, si heureusement favorisée par l'Institut Pasteur, je tiens à dire aussi combien ce succès fait honneur à la Faculté de médecine de Bordeaux, d'où ils sont sortis, et au corps de savants et de vaillants auquel ils appartiennent.

Une œuvre de ce genre montre péremptoirement tout ce qu'on peut attendre d'une *psychiatrie coloniale,* le jour, prochain sans doute, où elle sera sérieusement fondée et organisée en France.

E. Régis.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Affaiblissement intellectuel. . .	22
Affectivité. 7,	15
Agitation. Excitation. Coups et blessures. 4, 16, 21,	33
Amnésie 13, 14,	50
Anatomie pathologique . . 53,	54
Apraxie.	15
Assistance médicale	62
Boulimie.	8
Catatonisme.	17
Confusion mentale. . . 11 12,	16
Confusion mentale chronique. .	17
Crimes et délits dans la trypanosomiase.	63
Délire onirique	28
Délire de persécution	35
Délire des grandeurs. 9, 23, 24,	27
Démence alcoolique, épileptique.	58
Démence précoce. 17,	21
Dromomanie et fugues.	38
Diagnostic.	55
Échomimie, écholalie. . . 19,	21
Épidémie de folie trypanosomiasique	43
Européens trypanosomés. . . .	47
Évolution	59
Excitation génitale 10,	64
Expertise médico-légale. . . .	65
Formes circulaires 23,	27
Formes mélancoliques. . . 23,	26
Hallucinations. . . 28, 30, 31,	32
Idée fixe post-onirique.	29
Impulsions au suicide, à l'incendie, au vol 33, 37,	50
Isolement.	63
Langage 20,	22
Mégalomanie 23, 24,	27
Mutisme.	21
Négativisme. 5,	17
Optimisme.	7
Outrages publics à la pudeur. .	64
Paralysie générale et trypanosomiase. . . 10, 54, 55, 56, 59,	64
Pathogénie	57
Période avancée.	22
Période médico-légale.	64
Pronostic.	60
Réponses à côté.	21
Responsabilité.	63
Rêves. 9,	28
Statistique.	2
Stéréotypie	19
Suggestibilité et passivité. . 6,	18
Traitement.	61
Troubles psychiques élémentaires. 3,	10
Vampirisme.	37
Vols. 9, 35,	36

PRINCIPALES OBSERVATIONS

Amboa Joseph . 9, 12, 19, 21, 24, 29,	39
Benoît et Élisabeth. . . . 10,	31
Bobo (fig. 1, pl. III). 9, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 40,	66
Fanoken, 10, 18, 19, 21, 23, 31,	38
Goura Kamily. 13, 34,	39
John (fig. 1, pl. VII). 19, 25, 26, 32,	46

Pages.

José de M. 49
Joseph Kouka. 9, 14, 15, 23, 31, 33, 41
Kassongo III. 17, 20
Kinga. 27, 36, 61
Kitengué (fig. 1, pl. IV). 17, 20, 23, 29, 39
Linda (fig. 1, pl. V). 9, 13, 19, 24, 30, 33, 36, 39, 54
Lokilo. 17, 18
Loumboutou 24, 39
Marius Kissaci (fig. 2 et 3, pl. IV). 26, 40
Manienga Maurice (fig. 1, 2 et 3, pl. II). 9, 14, 15, 19, 20, 23, 26, 33, 36, 40, 61
Mavou 11, 30, 42
N'Goma Malonga Noël. 12, 15, 19, 20, 24, 35, 36, 39, 64
Ouabissou. 10, 25
Parimo 9, 25
Paté Kamara (fig. 1 et 2. pl. VI), 13, 15, 18, 37, 40
Pembé (fig. 2, pl. V). 11, 32, 40, 61
Yokodjaï (fig. 2, pl. I). . 11, 21, 39

DES MÊMES AUTEURS

GUSTAVE MARTIN. — Maladie du sommeil. Trypanosomiases en Guinée française. (*Ann. hyg. et med. colon., 1906, p. 304-314.*) — Rôle important du *Tryp. dimorphon* dans les épizooties de la Guinée. (*C. R. Soc. Biologie 21 juillet 1906.*) — Sur un cas de spirillose du cheval observé en Guinée. (*C. R. Soc. Biol. janv. 1906.*) Les trypanosomiases en Guinée française (1 vol. 124 pages avec fig. et cartes. *Maloine, éditeur, octobre 1906.*) — La prophylaxie de la maladie du sommeil. (*Congrès de Marseille, 1906.*) — Les trypanosomiases de la Guinée et du Dahomey. (*Annales Institut Pasteur, 25 mai 1907.*) — Sur un trypanosome de Saurien. (*Tryp. Boueti.*) (*C. R. Soc. Biol. avril 1907.*)

GUSTAVE MARTIN, LEBOEUF ET ROUBAUD. — Épidémies de M. du S. au Congo français. (*Soc. path. exot., 1908, p. 144.*) — Prophylaxie de la M. du S. au Congo. (*Soc. path. exot., 1908, p. 258.*) — Trypanosomiases animales du Congo. (*Soc. path. exot., 1908, p. 351.*) — Expériences de transmission du Nagana. (*Soc. path. exot.. 1908, p. 355.*) — Trypanosomes d'animaux divers au Moyen Congo. (*Soc. path. exot., 1909, p. 209.*) — Repartition de la M. du S. et des mouches piquantes au Congo. (*Soc. path. exot., 1909, p. 108.*) — La maladie du sommeil au Congo, préface de M. Roux. (*1 vol. in-8 jésus 724 pages, 1 carte en couleurs. Rapport de la mission d'etudes de la M. du S. 1906-1908. Paris, Masson et Cie, éditeurs, 1909.*)

GUSTAVE MARTIN ET LEBOEUF. — Étude clinique sur la Tryp. humaine. (*Ann. hyg. et méd. col., 1908.*) — Diagnostic microscopique de la Tryp. h. (*Ann. Inst. Pasteur, juin 1908.*) — Nouveaux documents sur le diagnostic. (*Soc. path. exot., n° 8, 1908.*) — Période d'incubation et inflammations locales à la suite de piqûres de tsétsés. (*Soc. path. exot., n° 7, 1908.*) — Hypertrophie ganglionnaire dans la M. du S. (*Soc. path. exot., n° 8, 1908.*) — Sur le traitement de la Tryp. hum. (*Soc. path. exot., n° 8, 1908.*) — Sur l'emploi de l'atoxyl dans le traitement de la M. du S. (*Soc. path. exot., n° 10, 1908.*) — De la présence du *Tryp. gambiense* dans le liq. céph.-rach., le sang et les ganglions des malades avant et après traitement. (*Soc. path. exot., 1909, p. 472.*) — Les rechutes dans le traitement. De l'association de l'afridol-violet à l'atoxyl. (*Soc. path. exot., 1909, p. 54.*)

GUSTAVE MARTIN, LEBOEUF ET RINGENBACH. — Association atoxyl-émétique chez les malades avancés. (*Soc. path. exot., 1909, p. 620.*) — Sur le traitement orpiment-émétique. (*Soc. path. exot., 1909, p. 308.*) — Traitement par l'orpiment seul. (*Soc. path. exot., 1910, p. 42.*) — Sur le traitement de la M. du S. (*Ann. hyg. et méd. col., 1909, n° 4.*) — Thérapeutique et prophylaxie chimique de la Maladie du S. (*Ann. hyg. et méd. col., 1910, n° 1.*)

GUSTAVE MARTIN ET RINGENBACH. — Solution de Lœffler dans le traitement de la Maladie du S. (*Soc. path. exot., 1909, p. 409.*) — Un nouveau cas de Tryp. chez l'Européen. (*Soc. path. exot., 1909, p. 480.*) — Premiers résultats de traitement par l'arsénophénylglycine. (*Soc. p. ex., 1910, p. 222.*) — Sur le traitement de la M. du S. par l'émétique d'aniline seul ou associé à l'atoxyl. (*Soc. path. exot., 1910, p. 228.*) — Essais de traitement prophylactique par l'emploi du trypanosome. (*Soc. path. exot., 1910, p. 330.*) — Essais de traitement de la Tryp. humaine, (*Soc. path. exot., 1910, p. 386.*) — Pénétration du *Tryp. gambiense* à travers les téguments et les muqueuses intactes. (*Soc. path. exot., 1910, p. 433.*)

EXTRAIT DE *L'ENCÉPHALE*, Nos 6 et 8, 1910

TRAVAIL DE L'INSTITUT PASTEUR DE BRAZZAVILLE

TROUBLES PSYCHIQUES

DANS LA MALADIE DU SOMMEIL

PAR

Les Drs Gustave MARTIN et **RINGENBACH**

Médecins des troupes coloniales

Tous les auteurs qui ont relaté des cas de maladie du sommeil, tous les traités classiques de pathologie exotique, toutes les missions envoyées en Afrique pour étudier cette affection ont signalé des modifications du caractère et de l'intelligence, et des troubles psychiques. Des lésions cérébrales ont été décrites dans la trypanosomiase humaine.

Régis [1], dès 1898, publiant un cas de Gaide s'accompagnant de mélancolie, d'irritabilité, d'amnésie partielle et qui réalisait, de la façon la plus nette, le tableau des maladies toxi-infectieuses graves, terminées par méningo-encéphalite, concluait ainsi son étude : « Il y a tout lieu de supposer que l'hypnosie n'est autre chose qu'une toxi-infection. » D'ailleurs, les lésions méningées de la maladie du sommeil rappellent celles observées dans les affections métasyphilitiques, comme la paralysie générale, et Spielmeyer [2], tout particulièrement en 1907 et en 1908, a insisté sur ces analogies anatomo-pathologiques. Il a donné un tableau très court mais très précis des principaux troubles psychiques observés chez les trypanosomés.

Les cas d'excitation cérébrale dans la maladie du sommeil sont

1. Régis et Gaide. Rapports entre la maladie du sommeil et le myxœdème. (*Presse médicale*, n° 81, 1er oct. 1898.)

2. Spielmeyer. *Schafkrankreit und progressive, Paralysie.* (*Münch, med. Woch.*, 1907, n° 22.) — *Die Trypanosomenkrankheiten und ihre Beziehungen zu den syphilogenen Nervenkrankeiten.* (Iéna, G. Fischer, 1908.)

excessivement fréquents et, dès notre arrivée au Congo avec le docteur Lebœuf[1], en 1906, ils avaient attiré notre attention.

A Louis Martin et Darré[2] revient le mérite d'avoir décrit les formes cérébrales de la maladie du sommeil chez les *blancs* trypanosomés, avec une analyse détaillée des symptômes mentaux basée sur les observations de trois Européens.

Aussi nous a-t-il paru intéressant, en ce qui concerne les noirs, d'observer avec un peu de précision les diverses formes de psychoses dans la trypanosomiase.

En 1909, en effet, sur 309 trypanosomés, nous avons compté : 18 aliénés excités dangereux ayant présenté des crises plus ou moins fréquentes de véritable folie furieuse; 7 déments, mélancoliques ou persécutés, ayant nécessité une surveillance spéciale; 26 semi-aliénés ambulomanes atteints de confusion mentale, d'idées postoniriques, de catatonisme léger, etc.; soit le sixième de nos malades (16,73 p. 100);

Les notions dont nous allons donner l'exposé dans les pages suivantes résultent de l'ensemble d'observations d'individus trypanosomés non syphilitiques, non alcooliques et non fumeurs de chanvre. Ils ont été suivis pendant plusieurs mois et ils étaient tous bactériologiquement atteints. Les flagellés furent rencontrés soit dans le liquide ganglionnaire soit dans le sang, soit dans le liquide cérébro-spinal. Nous ne nous dissimulons pas combien, avant d'aborder cette étude des principales formes de psychoses des trypanosomés et avant d'examiner l'état mental de nos malades, il serait utile de connaître à fond le langage, les mœurs et la mentalité des races si nombreuses et si diverses auxquelles ils appartiennent. On voudra bien, cependant, nous faire crédit en tenant compte de notre expérience coloniale. Notre contact journalier avec les noirs du moyen Congo, la quantité des indigènes trypanosomés (500 individus) examinés tant au laboratoire de Brazzaville qu'au cours d'explorations dans la brousse, et aussi nos observations faites chez des Européens, nous ont permis de contrôler entre eux nos divers documents.

Nous avons donc tout particulièrement en vue, dans ce travail, l'étude de la psychose trypanosomiasique chez les indigènes du Congo, mais nous joignons à leurs observations celles des Européens examinés à

1. Gustave Martin et Lebœuf. *Annales d'hygiène et de médecine coloniale.* (Année 1908) — *Société de pathologie exotique.* T. I, 1908, p. 628.

La Maladie du sommeil au Congo, 1906-1908. p. 302, 312, 313, Masson.

2. Louis Martin et Darré. Formes cérébrales de la maladie du sommeil. *Soc. méd. des hôpitaux de Paris,* 26 mars 1909.)

Brazzaville ayant présenté des troubles mentaux, et nous avons adopté les divisions suivantes :

I. — *Troubles psychiques élémentaires chez les individus trypanosomés.*

II. — *Confusion mentale et démence, amnésie, catatonisme, etc., formes maniaques, mélancoliques, circulaires, mégalomanie, délire des grandeurs.*

III. — *Délire onirique. Hallucinations visuelles, auditives, olfactives, délire de persécution.*

IV. — *Excitation, coups et blessures. Impulsions au suicide, au vol, à l'incendie, à l'homicide.*

V. — *Dromomanie et fugues.*

VI. — *Épidémie de folie trypanosomiasique.*

VII. — *Troubles psychiques et psychoses des Européens trypanosomés.*

VIII. — *Anatomie pathologique. Diagnostic. Pronostic et traitement. Isolement, assistance médicale des aliénés trypanosomés.*

IX. — *Crimes et délits dans la trypanosomiase. Responsabilité. Expertise médico-légale.*

Nous avons trouvé dans l'ouvrage de M. le professeur Régis un guide précieux et lumineux pour mettre un peu d'ordre dans nos classifications et dans nos observations. Nous ne saurions trop témoigner à notre ancien maître de la Faculté de Bordeaux toute notre reconnaissance et notre gratitude pour son enseignement si clair et si précis dont le lecteur retrouvera à chacune des pages suivantes le reflet [1].

Nous ne publierons pas les observations complètes de nos malades dont la lecture deviendrait vite fastidieuse, mais nous en donnerons à chaque chapitre des extraits les plus intéressants ou les plus caractéristiques.

On nous excusera nos lacunes ou nos oublis en songeant à notre isolement et à notre éloignement de tout milieu scientifique dans la grande brousse africaine.

CHAPITRE I

Troubles psychiques élémentaires.

C'est dans le domaine moral plutôt que dans le domaine intellectuel proprement dit que se manifestent les premiers troubles psychiques des trypanosomés. Les malades présentent des modifications de caractère et d'humeur soit dans le sens de l'énervement et de l'excitabilité, soit dans le sens de l'apathie et de l'indifférence. Il en est certes qui, au début de leur

1. Plusieurs définitions, et les citations empruntées au *Précis de psychiatrie* (4e édition) de Régis, ont été placées dans notre travail entre guillemets.

affection n'ont aucune anomalie psychique au moins apparente, mais peu à peu, à mesure que la maladie fait des progrès, les trypanosomés « changent de caractère »[1] : ils deviennent facilement émotifs, pleurent ou se mettent en colère pour les motifs les plus futiles, et ces modifications de leur humeur sont facilement remarquées de l'entourage. Elles sont bien connues des indigènes du Congo français et de toutes les personnes qui ont vécu quelque peu au contact de ces malades. A première vue, on croirait pouvoir classer les trypanosomés en deux catégories : les uns agités, exubérants, d'une loquacité intarissable, toujours prêts à se fâcher, à frapper et à blesser les gens ; les autres calmes, taciturnes et muets ; mais même parmi ces derniers, nombreux sont ceux sujets aux crises de colère et d'emportement, subites, violentes et furieuses, sur lesquelles nous reviendrons au cours de cette étude. Cette irritabilité, cette excitation est la note dominante du caractère de la plupart des trypanosomés. Pour la moindre raison, ils se battent, se frappent à coups de bâton, se jettent des bouteilles à la tête.

Ils crient, ils ont le verbe haut, ils répondent à la plus petite observation. Ils réclament même quand ils savent avoir tort. Avec une insistance toute spéciale, ils viennent à notre bureau et y resteraient des heures entières, si on les laissait faire, pour vous demander « des papiers », ou pour obtenir une faveur. Ils sont obsédants. M'Boyo (obs. 251) se plaint, en gémissant et en pleurant à chaudes larmes, qu'un tirailleur hospitalisé au pavillon général de l'hôpital lui a donné des coups au moment de la distribution de la ration et lui a renversé sa nourriture. Or, il résulte de l'enquête de M. le médecin-chef de l'hôpital que « M'Boyo a grossièrement insulté dans sa langue l'Européen qui a fait la distribution, sous prétexte que sa ration, ce jour-là, ne comportait pas de viande. Un tirailleur, qui se trouvait à proximité et qui est du même pays que ce trypanosomé, ayant compris le sens de ses paroles lui en fit la remarque. Celui-ci continua à *insulter les blancs en général*. Le tirailleur, ayant pitié de ce malheureux infirme, se contente de le bousculer. Le trypanosomé réplique par des *coups de bâton*. Les torts sont donc entièrement du côté du trypanosomé. Cette catégorie de malades est d'une grande insolence aussi bien contre les médecins traitants que contre les infirmiers de l'hôpital chargés de les nourrir et de les surveiller. A différentes reprises, en passant devant l'Institut Pasteur, j'ai entendu des réflexions très désobligeantes à l'égard de tous[2]. »

1. « Le caractère devient morose et taciturne. » CORRE, *Traité clinique de pays chauds*, p. 253.

2. Extrait d'une lettre officielle de M. le médecin-chef de l'hôpital de Brazzaville.

Nos trypanosomés paraissent toujours être « en état de défense ». Ils ne sont jamais contents, jamais satisfaits. Ils perdent ce respect particulier, cette crainte du chef et de l'Européen en général. Ils ont l'esprit de discussion exagéré et, dans les cas avancés, on retrouve ce sentiment très nettement. « Je n'ai pas peur du blanc... je gueule avec lui je suis l'égal du blanc... J'irai causer au chef comme à un camarade. » Toute discipline est perdue.

Ils protestent pour tout et pour rien ; contre le médecin qui ne les soigne pas bien ; contre le traitement, lorsque celui-ci est suspendu pendant quelques mois, ou lorsqu'il est trop long ou trop intensif ; contre les piqûres s'ils reçoivent des injections d'atoxyl ; contre les cachets s'ils avalent de l'orpiment ou toute autre médication. Vous pouvez choisir tel produit que vous voulez, « ce n'est jamais le bon médicament! ce n'est pas celui-là qu'il veut, c'est un autre ». Et la scène suivante se renouvelle à chaque instant : un malade quelconque refuse un matin de suivre son traitement et d'avaler son orpiment. « Piment! Piment! Toujours donner piment! crie-t-il en français. Médicament y en a pas bon pour la tête », car il n'admettra pas que pour ses maux de tête, on lui fasse prendre la même médication qu'il a avalée la semaine précédente contre la faiblesse généralisée ou la somnolence! Et peu à peu le diapason de sa voix monte... il parle... il parle avec volubilité en gesticulant... il raconte qu'il y a assez longtemps qu'il se trouve à l'hôpital qu'il veut rester à son village, et, refrain inévitable et certain, qu'il n'a pas assez à manger. Les autres malades, ses compagnons de misère, attendant leur tour de consultation, font vite chorus, joignent leurs réclamations aux siennes. L'un trouve qu'on lui donne trop de manioc et voudrait du poisson salé, l'autre qu'il a du riz alors qu'il ne l'aime pas. Et ce sont des protestations de toutes parts, c'est à qui fera entendre sa voix plus haut que celle du voisin...

Parfois, l'un d'eux vous demande avec insistance à sortir de l'hôpital, et mettra, devant votre refus, une constance extraordinaire et opiniâtre à obtenir son exeat ; il a si peu de sérieuses raisons de quitter l'hôpital que deux jours après il reviendra, sollicitant de nouveau son admission.

Les faits précédents ne sont qu'une sorte de manifestation du négativisme à son premier degré, « une tendance permanente et instinctive à se raidir contre toute sollicitation venue de l'extérieur quelle qu'en soit la nature » (Kahlbaum)[1].

Beaucoup de nos malades opposent, il semblerait systématiquement, une légère résistance à tout ce qu'on leur commande. S'agit-il de prendre

1. Régis, *Précis de psychiatrie*, p. 356. 1910. Paris, O. Doin, éditeur.

leur température le matin, ils trouvent un prétexte urgent pour essayer d'échapper à l'infirmier au moment où il va leur placer le thermomètre sous l'aisselle. Commande-t-on de se mettre en route pour se rendre à la visite, personne ne se lève pour faire le premier pas! Et, cependant, en inverse de cette résistance morbide, par une sorte de contraste bizarre et paradoxal, ces mêmes individus auront une tendance à la *suggestibilité* et à la passivité qui coïncide avec leur négativisme, et nos malades sont relativement faciles à diriger et à conduire.

Ils sont également d'une confiance extraordinaire vis-à-vis de certains de leurs compagnons de misère. Plusieurs de nos malades sont arrivés de la brousse avec des économies assez considérables pour eux et péniblement amassées pendant un an ou deux au service des Européens. Ils sont aussitôt entourés de camarades qui se prétendent du même village qu'eux, qui se disent leurs amis, « leurs frères »! et l'argent est vite dépensé, bien inutilement et avec exagération! Et cette crédulité vis-à-vis des indigènes de leur pays s'accompagne, au contraire, d'une méfiance envers les noirs d'une autre race que la leur. Elle est surtout très nette vis-à-vis de l'Européen. Ainsi, nous gardons en dépôt une somme de 300 francs au nommé Simiti (obs. 355), que nous tenons à son entière disposition et que nous lui remettons par sommes de 10 et de 20 francs. Si le lendemain au plus tard du jour où il nous a adressé une demande, il n'a pas son argent, il est prêt à crier au voleur, et à croire sérieusement que nous voulons garder pour nous son trésor.

Nous pourrions multiplier ces exemples.

***

L'indigène, surtout celui du Moyen-Congo, est, en général, lent et paresseux, et il n'est guère besoin d'une longue expérience coloniale pour se rendre compte combien l'expression « travailler comme un nègre » est fausse; mais les trypanosomés tout particulièrement sont nonchalants, apathiques. Le vouloir d'effort est chez eux réduit au minimum. Parmi tous nos malades hospitalisés, aucun ne veut accepter la moindre corvée, aucun ne veut se rendre utile et faire un travail quelconque peu fatigant, de propreté ou de débroussaillement. Beaucoup sont cependant dans un état de santé suffisamment excellent pour travailler. Quelquefois d'ailleurs, mais plus rarement, le pouvoir d'effort est diminué chez eux, et bien des Européens ayant à leur service des boys, des cuisiniers consciencieux et sérieux ont eu leur attention attirée par la négligence, la lenteur du travail, la nonchalance de leurs serviteurs qui, cependant, pleins de zèle et de bonne volonté s'efforçaient de faire correctement leur ouvrage.

*
* *

L' « optimisme de diagnostic » (le malade ne croit pas être atteint de maladie du sommeil) et « l'optimisme de pronostic » (l'individu atteint de maladie du sommeil ne croit pas être malade), bien observés chez les tuberculeux, se rencontrent chez nos malades. Les plus intelligents même, n'admettent jamais notre diagnostic, malgré les symptômes avancés de la maladie, sauf lorsqu'ils ont des accès invincibles de sommeil. Hospitalisés depuis une année ou deux, malgré les cas qu'ils ont pu suivre, malgré les progrès qu'ils ont pu voir prendre par la maladie aboutissant malheureusement chez de nombreux camarades à la mort, ils ne veulent pas reconnaître qu'ils sont atteints. Toutes les explications échouent devant cet entêtement particulier. Et même, lorsque terrassés par la maladie qu'ils connaissent cependant et qu'ils savent diagnostiquer à sa période avancée (folie, torpeur, sommeil), dès que la moindre injection d'atoxyl leur a donné un coup de fouet, une certaine amélioration passagère, ils se prétendent guéris et refusent très souvent de continuer une médication qu'ils jugent dès lors inutile... Incapables de marcher, de se tenir debout, ils répondent, quand on leur demande de leurs nouvelles : « Ça va bien ». Impotents, alités, paralysés, ils disent : « C'est du rhumatisme [1] ! »

*
* *

L'affectivité est modifiée chez le plus grand nombre des trypanosomés ; après avoir pleuré et s'être lamentés sur le sort misérable et la maladie d'un de leurs amis, ils sont indifférents à son égard le jour de son décès. Des gens de leur pays, des parents rapprochés même, avec qui ils vivent depuis longtemps, avec lesquels ils sont entrés le même jour à l'hôpital, meurent sans qu'ils éprouvent le moindre chagrin. Ils ne sont même pas impressionnés.

Il est vrai que, souvent, dans certains villages du Congo, le disparu ne laisse aucun regret même parmi sa famille, mais celle-ci se croit obligée tout au moins, en se conformant aux usages et coutumes du pays, à des cris, à des manifestations extérieures que nos malades ne se donnent même pas la peine de mettre en évidence.

Cette indifférence à ce qui les entoure se retrouve dans tous leurs actes. Négligents de leur personne, ils vivent, la plupart, dans un état de

1. « Il est à remarquer que la plupart des malades véritablements somnolents, nient le sommeil quand on les interroge. On ne les a pas plutôt quittés qu'on les aperçoit étendus dans un coin de cour ou de case. » Corre, p. 253.

malpropreté extraordinaire malgré un état physique relativement satisfaisant leur permettant de prendre des soins hygiéniques et corporels. « Ils ont peur de l'eau », et soit par crainte du froid (car ils ont de l'hypersensibilité vis-à-vis des basses températures)[1], soit par paresse, ils se laissent envahir par les poux, par les puces, par les puces-chiques et par la gale.

Avec les progrès de la maladie, l'inconscience de leur état et du milieu où ils vivent se remarque davantage. L'attention, la réflexion, la volonté, diminuent chez eux de plus en plus ; l'obnubilation des facultés intellectuelles, la torpeur cérébrale, symptômes psychiques sur lesquels nous insisterons aux cours des chapitres suivants, augmentent. L'indifférence à tout devient très profonde. Le trypanosomé ne s'étonne de rien. Il vit en étranger à ce qui l'entoure et n'a plus d'autre souci que celui de sa nourriture.

***

Chez les trypanosomés, la sensation de la faim est exaltée et la boulimie, si commune dans les différentes psychoses, est fréquente dans la trypanosomiase.

Nos malades ne trouvent jamais leur ration suffisante ; ils réclament sur sa qualité, mais surtout sur sa quantité. Dès le réveil, avant de venir à la visite du matin, ils mangent et, à peine sont-il restés une heure à notre laboratoire qu'ils demandent à grands cris à revenir à l'hôpital, car ils ont faim, disent-ils. Très souvent, au moment de la distribution des vivres, ils se précipitent sur la nourriture, comme s'ils étaient à jeun depuis plusieurs jours, et ils mangent avec voracité, sans se donner la peine de la moindre préparation culinaire. Il est vrai de dire ici que, en colonne, par exemple, des individus très sains et très normaux engloutissent en quelques repas leurs provisions de plus d'une semaine, mais ils les préparent ordinairement avec soin. Ils agissent plus par gourmandise et par insouciance, et avec l'excuse de ne pas savoir s'ils pourront manger le lendemain. Nos malades, au contraire, ont des distributions régulières de vivres, et cependant, dès qu'ils ont un peu d'argent, au lieu de se procurer un vêtement, une couverture ou quelque objet de première nécessité, ils achèteront du pain, du sucre, du poisson ou de la viande. Ils resteront nus, déguenillés, exposés au froid de la nuit, mais ils auront l'estomac plein ! A tout instant ils demandent des per-

1. « La calorification nous a semblé diminuée : les malades sont plus sensibles aux impressions de froid. Ils recherchent le soleil et s'étendent au moment de sa plus grande ardeur sur le sable aride et brûlant. » (Corre, p. 252.)

missions pour aller à leur village demander à leurs parents ou à leurs amis du manioc. Nous verrons plus loin que le vol des trypanosomés est surtout « un vol de nourriture ». Les rares individus prévoyants qui gardent une petite provision de manioc devant eux sont obligés de l'enfermer et de la cacher, car ils savent combien les voisins se chargeraient vite de l'engloutir ! Dans leurs rêves (Linda, obs. 418 ; Joseph Amboa, obs. 415), les tables où sont préparés des mets qu'on peut avaler jusqu'à satiété jouent un grand rôle. Dans leurs monologues (Manienga Maurice, obs. 169) et dans leurs chants (Joseph Kouka, obs. 413) reviennent à chaque instant des phrases comme celle-ci : « Le blanc viendra... il nous donnera beaucoup à manger... » Bobo (obs. 266), mélancolique, indifférent à nos questions pressantes, lui demandant comment il se porte, ne sort de son mutisme que pour nous demander une boîte de conserves. Le lendemain, il dit qu'il ne répondra pas à nos questions, qu'on doit le laisser tranquille et lui donner la permission de retourner à l'hôpital pour manger.

Dans leurs délires (délire des grandeurs par exemple), les trypanosomés racontent qu'ils ont beaucoup d'argent, ce qui leur permettra « d'acheter de la viande et de bien manger » et, très égoïstes, ils ne pensent qu'à eux, ne disent jamais qu'ils inviteront des camarades. « A leur village, on a du poisson en quantité, on a des provisions énormes, on mange sans se préoccuper du lendemain « jusqu'à se fatiguer », puis on dort et au réveil on recommence à manger. » « Laisse-moi aller à mon village chercher mon trésor, je te rapporterai des poules, des œufs et beaucoup de choses pour manger » (Parimo, obs. 374).

Si la question de l'alimentation joue un grand rôle chez le noir, elle prend donc une importance toute spéciale dans les préoccupations de nos trypanosomés.

Il ne nous a pas paru inutile d'insister sur ce point, car nous estimons que ce facteur devra rentrer en ligne de compte, quand il s'agira d'établir une ration d'entretien pour les malades hospitalisés ou dirigés sur un village de ségrégation. Il serait nécessaire de prévoir pour ces individus une nourriture abondante. D'ailleurs, à ne considérer la question de l'alimentation qu'en elle-même[1], une amélioration de celle-ci ne pourrait avoir que de bons effets comme adjuvant de la médication de la trypanosomiase humaine, maladie chez laquelle la misère physiologique joue un grand rôle au point de vue de l'évolution et de la mortalité.

1. Mesnil. Prophylaxie de la maladie du sommeil (*Bulletin Soc. path. exot.*, 1908, n° 6. Discussion p. 328.)

*
* *

Signalons enfin que, dans la trypanosomiase, l'excitation génitale, qui paraît être un symptôme d'irritation cérébrale, ressemble dans une certaine mesure à celle de la paralysie générale, car si l'absence de désirs vénériens, l'abolition des érections, l'impuissance virile, la suppression des menstrues existent chez le plus grand nombre de nos malades, il en est des quantités qui conservent leurs facultés génésiques. Le délire trypanosomiasique prend même parfois un caractère érotique.

Ouabissou (obs. 291), quelques jours avant sa mort, frappe tout le monde avec tout ce qui lui tombe sous la main. Très excité, il parle avec une loquacité extraordinaire, changeant brusquement d'idée et racontant des histoires invraisemblables. Il étreignait un arbre et le caressait comme une femme, et, au milieu du flux de ses paroles, appelait : « Viens ! Viens !... » et disait : « Tiens, voilà de l'argent... »

Baka (obs. 188) est en assez bon état, mais présente des troubles visuels très accentués ; il se guide avec un bâton. Hospitalisé, il sait quand une nouvelle femme a été admise au pavillon des trypanosomés ; il lui demande d'être son épouse, et lui verse de l'argent. La nuit, il va la rejoindre, tâtonnant, et appelant à grands cris quand elle s'éloigne de lui !

Mabrouki I (obs. 81), d'ailleurs assez fort et vigoureux, dit avoir eu une crise d'excitation génésique, après une période sans désirs de trois à quatre mois ; il avait détourné de ses devoirs conjugaux la femme Mobenga (obs. 288), épouse de Bokété (obs. 231), tous deux également trypanosomés, et, celle-là, malgré les reproches de son époux, rejoignait pendant la nuit son amant, plus valide que son mari.

La femme Élisabeth (obs. 227), trypanosomée, est venue se plaindre à nous que son mari Benoît (obs. 122), également atteint, ne la laissait pas une minute tranquille la nuit, et voulait, malgré sa défense, partager la couche nuptiale. Cette crise d'excitation a été passagère et suivie d'un affaissement général. Auparavant Benoît n'avait pas de désirs vénériens.

Fanoken (obs. 119), ancien milicien, trypanosomé, a été en assez mauvais état, et sa femme Moukoko (obs. 169), parasitée elle aussi, mais en excellente santé, l'avait quitté. Après une période de calme pendant laquelle il acceptait très bien cette séparation, Fanoken vient tous les matins nous réclamer des papiers pour obliger sa femme à reprendre la vie commune. Le jour il la désire, dit-il, de toutes ses forces, et, la nuit, il ne peut dormir à cause de son excitation génésique. Il avoue d'ailleurs être enchanté de voir « ses forces revenir », car il a été toute

FIGURE 1
CONFUSION MENTALE.

FIGURE 2 *(Obs. 63)*
CONFUSION MENTALE AVEC STUPIDITÉ ET MUTISME ABSOLU.

PLANCHE I

TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA MALADIE DU SOMMEIL
(G. MARTIN et RINGENBACH.)

H. DELARUE & Cie, ÉDITEURS. PARIS

une longue période sans désirs vénériens ; il était impuissant. Mais nous devons dire que son état général reste toujours peu satisfaisant. La puissance virile n'est pas corollaire d'une amélioration de sa santé.

CHAPITRE II

Confusion mentale et démence. Amnésie. Catatonisme, etc.

Les troubles mentaux de la maladie du sommeil n'apparaissent pas à des phases, à des moments bien précis de l'affection. Ils accompagnent ordinairement des lésions cérébrales et naissent au cours de la maladie au milieu d'une symptomatologie plus ou moins nette (tremblements, troubles de l'équilibre, paralysie, somnolence, crises épileptiformes), mais souvent aussi ils peuvent être les signes révélateurs de la trypanosomiase et ils surviennent à un moment où la santé est encore parfaite en apparence, sans que rien ne trahisse, semble-t-il, l'action des trypanosomés. Le malade, cependant, si on l'interroge, accuse de la céphalée qui est un des premiers symptômes de la maladie du sommeil. Celle-ci est d'ailleurs la règle dans tous les cas de trypanosomiase humaine et avec l'insomnie qui souvent l'accompagne, elle ouvre la scène. Ordinairement, elle est persistante mais assez supportable ; plus rarement elle est pénible, extrêmement violente, atroce, intense, à siège fronto-orbitaire et occipital, arrachant des cris et des gestes de souffrance aux malades. [Yokodjai (obs. 63) ; femme Mavou (obs. 352) ; femme Pembé (obs. 421.)]

On peut observer, dans la maladie du sommeil, toutes les formes de la confusion mentale que nous nous représentons suivant la définition du professeur Régis : « comme un état d'engourdissement toxique de l'activité intellectuelle supérieure avec domination plus ou moins complète de l'activité onirique sous-consciente ou inconsciente [1]. » Nous décrirons successivement la confusion mentale typique et le délire onirique auquel nous consacrerons un chapitre spécial, la confusion mentale aiguë, la confusion mentale chronique et la démence précoce, états psychopathiques reliés entre eux par une telle infinité de caractères communs qu'il nous a été le plus souvent impossible, chez la plupart de nos malades, de les séparer nettement les uns des autres. Ces diverses formes devraient être distinguées de la démence simple, mais ici le diagnostic différentiel est particulièrement délicat ; cela se comprend « si l'on songe que l'obtusion de la confusion mentale ressemble à l'affaiblissement psychique de la démence au point de lui avoir mérité le terme

1. Régis. *Précis de psychiatrie*, 4e édition, p. 310.

légitime de pseudo-démence[1] ». « Il est des cas nombreux même où un certain degré de déchéance réelle se mêle à la torpeur », où, chez nos trypanosomés, « il y a à la fois confusion mentale et démence, et où, par suite, le diagnostic entre les deux états pathologiques n'est plus possible ». Or, plus encore que la démence paralytique dont elle se rapproche par beaucoup de symptômes, la démence trypanosomiasique offre les caractères de la confusion mentale chronique, et, pour nous, nous définirons la psychose trypanosomiasique une *confusion mentale chronique se développant sur un fond démentiel.*

A un premier degré, les trypanosomés vivent dans un état de prostration et de torpeur cérébrale absolument caractéristique. C'est ordinairement une simple obnubilation intellectuelle mais qui peut aller jusqu'à l'hébétude et la stupeur.

N'Zao (obs. 263), quand on l'interroge reste perdu dans le vague, la conscience lointaine et le regard égaré ; il est complètement indifférent à nos paroles. Il a l'attitude d'un individu qui se demande si c'est bien à lui qu'est posée la question qu'il entend et il faut la lui répéter pour qu'il y réponde.

Faki (obs. 425), ne parle qu'au moment où il est impressionné par une seconde et nouvelle question. Il met un retard considérable à répondre, et le premier jour où nous l'avons interrogé, nous avons été tout étonné, alors qu'il était assis dans un coin, muet et tranquille, tandis que nous examinions sa lymphe ganglionnaire, de l'entendre tout à coup murmurer quelques paroles vagues. Notre interprète nous renseigne : il cherchait le nom de son village qu'on lui avait demandé près de vingt minutes auparavant !

Les troubles de la mémoire sont caractéristiques. Il y a dysmnésie (diminution et obtusion de la mémoire) qui porte sur les noms, sur les langues. Des individus qui s'exprimaient très bien en langue française, commencent par chercher leurs mots. Il y a chez eux « hésitation de langage par lenteur et embarras de la pensée », puis ils n'arrivent même plus à se faire comprendre. Il y a amnésie verbale s'accompagnant de troubles de la parole. L'un prononce *Loukoéa* au lieu de *Loukoléla*, un autre appelle sa femme Marie-*Madereine* au lieu de Marie-*Madeleine*, l'un dira « je vais aller chercher ma *poule* pour dormir », au lieu de mon *lit*; un autre demande une *confiture* pour une *couverture*.

Joseph Amboa (obs. 415), N'Goma-Malonga-Noël (obs. 428), qui

1. Régis. *Précis de psychiatrie*, 4e édition, p. 341 et 342.

venaient nous raconter de longues histoires et nous adresser leurs réclamations en français, éprouvent de la difficulté à adapter les mots à l'idée qu'ils veulent exprimer, cherchent vainement à les coordonner et à aligner des phrases. Au milieu d'un verbiage incompréhensible dont ils ne se rendent pas compte, quelques mots s'entendent seulement. Dans leur langue, ils parlent encore très correctement.

Bobo (obs. 266) a perdu complètement la notion de ce qu'il a fait la veille. La femme Agnès (obs. 410) ne se souvient même plus du nom de son mari et ignore complètement où elle a vécu hier, où elle a couché, qui lui a donné à manger.

Il y a aussi perversion de la mémoire (paramnésie). Linda (obs. 418), le lendemain du jour où il s'est présenté au laboratoire, se souvient parfaitement des différents examens auxquels il a été soumis. Il sait très bien où il a été piqué, la position qu'il a prise sur la table pour la ponction lombaire, mais il est persuadé que c'est un de nos infirmiers qui lui a enfoncé l'aiguille dans le dos. Il raconte qu'il a rencontré dans son village quatre blancs. L'un d'eux, qui, prétend-il, était notre sergent-major de laboratoire, lui a dit : « Toi, tu vas avoir la maladie du sommeil, il faut venir te faire soigner », et il est venu ! Or, notre sergent-major ne le connaît pas et ne lui a jamais causé.

La femme Goura-Boumbo-Kamily(obs. 281) s'est présentée au laboratoire à trois reprises, sous ces trois vocables différents, disant chaque fois que celui donné par elle était son nom de famille ; or, l'un d'eux est celui du chef de son village, un autre celui de son village, le troisième est son nom. A vrai dire, nous n'avons jamais pu savoir lequel des trois est le véritable.

Il y a également dysmnésie d'évocation. Le malade sait où il a vécu, mais ce qu'il a fait dans les différentes régions où il a séjourné lui échappe. Il semble vite se fatiguer pour chercher ses souvenirs, il dit qu'il a oublié les détails. Beaucoup de malades ne savent localiser leurs souvenirs dans le temps, mais on ne saurait trop s'en étonner, car les indigènes, même souvent intelligents, ignorent leur âge et n'ont guère idée du temps.

Paté-Kamara (obs. 422), milicien, raconte parfois à sa femme avec beaucoup de détails exacts des scènes militaires et lui cite les noms des différents postes où il a été envoyé. Le lendemain, il en serait tout à fait incapable. Très souvent, il oublie un ordre qu'il a donné quelques minutes avant. Ainsi il dit à sa femme : « Prépare-moi ma chaise longue, allume ma pipe, ou donne-moi un verre d'eau. » Le temps de

chercher la chaise, le tabac, ou de prendre de l'eau et sa femme revient vers lui, lui porter ce qu'il a désiré, il s'écrie : « Qu'est-ce que tu veux? je n'ai jamais demandé cela... Qu'est-ce que tu fais là? » Paté-Kamara avoue qu'il a perdu la mémoire. Parfois, il ne sait même plus son nom, mais il se souvient qu'il est Sénégalais et répète obstinément « Kayes! Kayes! » Il appelle un de ses camarades pour venir l'aider à rassembler ses souvenirs.

Dans beaucoup de cas[1], il y a de *l'amnésie lacunaire*, et, bien plus souvent encore, plutôt une « impossibilité d'assimiler et de fixer les choses du moment (*amnésie de fixation*) qu'une perte de mémoire des événements anciens et récents[2] ».

Joseph N'Kouka (obs. 413) réclame une injection d'atoxyl. On lui dit d'attendre quelques minutes. Il oublie ce qu'il est venu demander, il repart.

Enfin, il y a surtout, au milieu d'oublis poussés au comble, un mélange de souvenirs absurdes et de faits très exacts, très précis.

Manienga Maurice (obs. 139), qui se trouve enfermé au camp de la police, au pavillon des trypanosomés et qui ne se rend compte ni de l'endroit où il vit, ni des personnes qui l'entourent, raconte qu'il retourne le soir à son village où il va rejoindre sa femme dans sa case. Au milieu d'un véritable chaos d'idées absurdes et d'erreurs grossières, il se souvient très nettement, ce qui est la vérité, qu'il « vendait autrefois des légumes et qu'il se présentait tous les matins au laboratoire pour demander à Madame Docteur si elle désirait des tomates et que Madame en achetait pour 50 centimes ».

Manienga Maurice ramasse tout ce qui lui tombe sous la main. Il fait de petits tas de vieux papiers, de saletés, de pierres, etc. Il a une bouteille pleine d'eau et nous demande la permission de cueillir trois fruits de papayer. Il les prend précieusement, les pose à côté de lui; puis au moment de partir, les oublie avec son eau et emporte des bouts de chiffons et de haillons traînant à terre.

L'intelligence plus ou moins vive de nos malades s'alourdit peu à peu pour aboutir à une inaction psychique complète. Tout chez eux est diffus, dissocié, incoordonné : leurs idées, leurs souvenirs et leur langage. Cette désorientation et cette confusion cérébrale s'accompagne d'une diminution parallèle du côté des perceptions et du côté de la con-

1. Les facultés intellectuelles peuvent être amoindries ou perverties. Dans quelques cas, la mémoire est affaiblie ou abolie ». Corre p. 253.

2. Régis. *Précis de psychiatrie*, p. 313.

FIGURE 1

FIGURE 2

FIGURE 3

FIG. 1 *(Obs. 139)*: CONFUSION MENTALE AVEC IDÉES DE GRANDEUR. — FIG. 2 et 3 *(Obs. 139)*: ETAT DÉMENTIEL AVEC ATTITUDES STÉRÉOTYPÉES.

PLANCHE II

TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA MALADIE DU SOMMEIL

(G. MARTIN et RINGENBACH.)

H. DELARUE & Cie, ÉDITEURS. PARIS

science personnelle. Nous avons déjà signalé combien chez les trypanosomés l'affectivité était amoindrie [1].

Ounda (obs. 323), milicien hospitalisé, rencontre au laboratoire, sans manifester le moindre sentiment, sa femme dont il est séparé depuis plusieurs semaines.

Manienga Maurice (obs. 139) crie le nom de sa femme et l'appelle, mais si elle est auprès de lui par hasard il est complètement indifférent à sa présence.

La femme de Paté-Kamara nous dit que depuis que son mari est malade, il n'est plus ni aussi doux, ni aussi bon, ni aussi affectueux avec elle. Autrefois, il adorait sa fillette. Actuellement, il la gronde plus facilement et se désintéresse de ses faits et gestes.

N'Goma Malonga Noel (obs. 428) dépeint son état moral d'une manière énergique, car il dit en français : « Moi, je me fous de tout maintenant. »

Et de même que l'activité générale, elle aussi, est très diminuée, *la mimique d'action*, comme *la mimique d'expression* est réduite au minimum. Le visage ne traduit aucune émotion, aussi le facies du trypanosomé est-il rendu de ce fait très caractéristique et spécial [2]. Les cheveux terreux, les yeux éteints et bridés par un léger œdème des paupières, la figure sans expression, sans vivacité, attirent immédiatement l'attention de l'observateur perspicace ayant l'habitude de l'indigène.

Quant aux actes volontaires, ils s'accompagnent parfois *d'apraxie* sous sa forme surtout *idéatoire* difficile à séparer de *l'agnosie* [3]. Manienga Maurice, effectue des *actes subjectivement logiques*, c'est-à-dire que, prenant par exemple de la terre pour du tabac, il la met dans le creux de sa main et la porte à son nez. Il ramasse des tas de cailloux, des morceaux de briques, des débris et des détritus de toutes sortes, se figurant que c'est du bois avec lequel il pourra préparer du feu. Les couvercles des boîtes de conserves sont des plats dont il se servira pour sa cuisine, les vieilles paires de chaussettes, les lambeaux d'étoffes usagés, les chiffons déchirés qui traînent dans la poussière, sont pour lui de magnifiques vêtements qu'il amasse précieusement au fond d'un panier troué. Et, en effet, tandis qu'il déchire le pantalon à peu près convenable qu'on lui donne et qu'il vit complètement nu, il met autour du cou un haillon lamentable.

1. « *Profond indifférentisme* ». Corre, p. 253.

2. « Le facies exprime l'apathie, le regard est triste et indifférent, d'autres fois l'œil est morne et dépourvu de toute expression. » Corre, p. 252.

3. V. Régis. *Précis de psychiatrie*, p. 131.

Au ralentissement de l'activité psychique volontaire, vient s'ajouter parfois l'activité onirique sous-consciente et inconsciente. La torpeur cérébrale s'accompagne de scènes de rêves s'imposant au sujet et pouvant même constituer un véritable délire : *le délire onirique*. Nous consacrerons à son étude un paragraphe spécial auquel nous renvoyons le lecteur.

A côté de la confusion mentale simple, typique, on pourrait décrire également chez nos trypanosomés les trois variétés du professeur Régis, caractérisées par des différences dans leur degré d'acuité[1].

a) Variété stupide (stupidité);

b) Variété agitée (confusion hallucinatoire aiguë) ;

c) Variété méningitique ou délire aigu.

a) Dans la première, les malades (Mavoungou IV, obs. 396, et Soulé obs. 466) sont inertes, immobiles et pensifs. Ils ne pensent pas, la conscience chez eux est absente et toute manifestation extérieure est supprimée. Si, par hasard, une perception arrive jusqu'à eux et qu'on leur demande s'ils sont tristes, ils répondent non, s'ils sont heureux, ils répondent oui. Ce sont des « trypanosomés stupides », bien différents des « trypanosomés mélancoliques ».

Cette variété, quand elle n'est pas suivie de mort, ce qui est la règle générale, conduit le malade (même après des injections d'atoxyl) à la confusion mentale chronique et à une démence rapide et précoce.

b) Nous avons observé toujours par phases (phases de début en général mais aussi au cours de la maladie) des cas bien nets d'excitation, d'agitation; les uns s'accompagnent d'hallucinations visuelles, les autres se greffent sur un état psychique si particulier, sur un tel fonds d'indifférence et d'impassibilité qu'il était impossible de les confondre avec de la manie aiguë.

c) Enfin, plusieurs de nos malades ont été emportés au milieu d'un délire aigu s'accompagnant d'attaques convulsives, d'agitation, de trémulation. Ce délire est excessivement violent : le malade brisant, renversant tout ce qui se trouve devant lui. Il ne reconnaît plus ni ses meilleurs amis, ni ses parents, ni ses chefs.

La confusion mentale trypanosomiasique peut, sous l'influence du traitement, se terminer par la guérison, et, dans certains cas, malgré les injections d'atoxyl, par la mort. Elle peut aussi aboutir à de la confusion mentale chronique[2], à de la pseudo-démence marquée par la persistance,

1. Régis. *Précis de psychiatrie*, p. 328.
2 *Ibid.*, p. 340-341.

au milieu d'une certaine amélioration de l'état général, des principaux symptômes que nous avons déjà signalés : diminution de l'attention, modification de l'humeur, torpeur, hébétude, lenteur des processus psychiques, effacement des souvenirs, amnésie, indifférence émotionnelle et affective, troubles de coordination des idées, désorientation, troubles de compréhension, suggestibilité, troubles de langage (réponses à côté, vorbeireden), idées fixes post-oniriques, délire des grandeurs. Nous allons avoir l'occasion de revenir sur quelques-uns de ces symptômes en étudiant chez nos trypanosomés des cas de démence précoce (démence post-confusionnelle de Régis), car celle-ci est tellement près de la confusion mentale chronique qu'elle peut être considérée comme se rattachant à elle et qu'il ne nous a guère été possible de faire chez nos malades la distinction très nette entre ces deux états[1].

Nous n'insisterons pas sur la difficulté de tout effort mental et intellectuel chez nos déments précoces trypanosomés, sur l'amoindrissement de leurs sentiments et de leurs affections, sur leur nonchalance, leur apathie et leur irritabilité : signalons cependant les *impulsions subites*, les actes extravagants et délictueux, *les fugues* se produisant avec une conscience et une lucidité plus ou moins grande, les *accès de manie aiguë*, les *états mélancoliques* [Bobo (obs. 266), Marius Issassi (obs. 373), John (obs. 458) n'aiment personne, personne ne les aime] s'accompagnant de symptômes auxquels nous avons déjà fait allusion précédemment, nous voulons parler du *négativisme*, de la *suggestibilité* et de la *stéréotypie*, symptômes ordinairement peu accentués et peu exagérés (formes frustes de la démence précoce[2]) et constituant *une forme catatonique de la trypanosomiase*. Le syndrome catatonique serait symptomatique, car il n'a que la valeur d'un épiphénomène transitoire, il est le plus souvent réduit à quelques-uns de ses éléments mais suffisamment nets pour avoir attiré notre attention.

Le *négativisme* se traduit, chez nos trypanosomés [Kitengué (obs. 318), Lokilo (obs. 352), Kassongo III (obs. 249), etc.] par leur refus d'obéissance à ce qu'on leur commande. Ils ne veulent pas se lever ni marcher ; ils s'opposent à ce qu'on leur demande. Leur négativisme est le plus souvent momentané. Ils exécutent, après quelques instants, de façon rapide, ce qui leur a été ordonné. Ces mêmes malades, quand on les interroge sur leur famille, leur village, nous répondent : « Vous n'avez pas besoin de connaître cela », et disent à l'interprète : « Qu'est-ce qu'il a le docteur à me poser autant de questions, et à me demander

1. G. Monod. *Thèse de Paris*, 1905. — 2. Régis. *Précis de psychiatrie*, p. 354.

des nouvelles de ma santé, il le sait mieux que moi... Je n'ai rien à dire. »

Fano-Ken (obs. 119), au moment où on lui dit de venir à la bascule se faire peser, répond toujours : « Attends un peu, je vais allumer ma pipe », ou : « Je vais prendre de l'eau. » Jamais il ne se lève immédiatement quand il est assis et n'obéit directement à ce qu'on le prie de faire. La nuit, lorsqu'il commence à parler, il est impossible de le faire taire et ses camarades se plaignent du bruit qu'il fait. Il joue de la musique, il augmente son tapage et chante encore plus fort, lorsque ses voisins le prient de les laisser dormir.

Lokilo (obs. 332) tend à faire le contraire de l'acte déterminé demandé. Le jour où nous voulons le faire sortir de l'hôpital, il nous supplie de l'y laisser; le jour où nous lui proposons de rester, il demande son exeat.

Le négativisme résulte surtout d'une « perversion primitive de la volonté et de la perte presque complète du contrôle de la part du sujet sur ses propres actes [1] ». Il peut déterminer de l'aboulie. Chez Bobo (obs. 266), « la timidité, l'ennui, la gêne d'être regardé » augmentent l'exagération comme voulue de ses tics, de son attitude, occasionnent chez lui des larmes abondantes.

La *suggestibilité*, à l'inverse du négativisme, consiste en une docilité passive qu'on peut rapprocher de celle des cataleptiques et qui contraste chez un même individu avec sa résistance d'opposition. Dès qu'on élève la voix, ces malades obéissent; ils prennent les attitudes qu'on leur communique et exécutent tous les mouvements qu'on leur commande.

Ainsi M'Bo (obs. 320) gardera, jusqu'à ce qu'on lui ordonne le repos, les bras allongés, les doigts écartés, position qu'on lui avait fait prendre pour voir s'il avait du tremblement.

Paté-Kamara (obs. 422), milicien, garde de son éducation militaire une attitude raide, les yeux fixés à quelques mètres devant lui, les mains dans le rang, le petit doigt sur la couture de son pantalon. Il répond sèchement avec un timbre très net, très spécial, très articulé, s'élevant d'un ton à la fin des phrases. Il exécute tous les mouvements qu'on lui commande et reste figé, impassible, les bras en avant, les jambes écartées, dans l'attitude qui lui a été indiquée. Si l'on se place devant lui et qu'on fait un geste un peu spécial, celui de se gratter le nez, celui de boutonner ou de déboutonner son veston, par exemple, Paté-Kamara, sans avoir reçu aucun ordre verbal, a un moment d'hésitation, puis, tel un hypnotisé, imite l'acte accompli : il se gratte le nez à son tour, il boutonne ou déboutonne sa veste, etc.

1. Régis. *Précis de psychiatrie*, p. 358.

Figure 1 *(Obs. 266)*
Confusion mentale
avec idées mélancoliques.

Figure 2 *(Obs. 268)*
Confusion mentale avec échomimie
et suggestibilité.

Figure 3 *(Obs. 396)*
Confusion mentale
avec stupidité.

Planche III

Troubles psychiques dans la maladie du sommeil
(G. Martin et Ringenbach.)

H. DELARUE & Cie, Éditeurs. Paris

John (obs. 458), sur notre ordre, a le bras droit levé en l'air et le bras gauche allongé, puis, sans nous occuper de lui, nous interrogeons un autre malade. Il reste là, dans son coin, dans cette position, jusqu'à ce que nous lui disions : « C'est bien! Assez! »

Joseph Macourou (obs. 301), Biro (obs. 313), John Hade (obs. 268), N'Goma Manuel (obs. 427) font des grimaces, imitent les attitudes et les mouvements des autres malades ou ceux qu'on leur montre (*échomimie*), « ils continuent plus ou moins longtemps seuls, comme une mécanique mise en branle, un mouvement des bras, ou de danse qu'on vient de leur faire exécuter [1] ». On leur parle à voix basse, ils répondent à voix basse; si on chuchote, leur timbre devient également un murmure, et si on crie, ils parlent fort.

Joseph Amboa (obs. 415), Fano-Ken (obs. 119), Linda (obs. 418) répètent les paroles qu'ils entendent (*écholalie*).

Biro comprend et parle très bien le français, et, quand on lui cause en cette langue, il redit les derniers mots qu'on vient de prononcer. « Et ce matin comment va ta santé? » « — Va ta santé. » « Tu n'es pas de race batéké? » — « Race batéké. »

Bobo (obs. 266), tirailleur, reçoit devant nous la visite du médecin du bataillon. Celui-ci nous demande s'il n'a pas présenté quelques éruptions particulières du côté de la peau. « De la peau », répète Bobo qui ne parle pas français.

La stéréotypie est « caractérisée par la durée anormale des impulsions motrices » : stéréotypie d'attitude, stéréotypie de mouvement et d'acte. (Kræpelin, Dromard.)

Au lit, la plupart des malades atteints de la maladie du sommeil se *recroquevillent et s'immobilisent en chien de fusil.* Assis, ils restent accroupis dans des positions anormales et fatigantes.

Manienga Maurice (obs. 139) avance, le corps penché en avant, incliné sur le côté droit, les deux mains placées sur les hanches, gardant indéfiniment cette attitude quand il marche.

Joseph Amboa (obs. 415), Linda (obs. 418) se présentent toujours de la même façon lorsqu'ils viennent nous causer et nous adresser des réclamations. Ils ont la même intonation de voix, les mêmes gestes. Le premier prend un air humble et contrit, le second penche la tête et lève la main en l'air.

N'Goma-Malonga-Noël (obs. 428) accompagne ses paroles de mou-

1. Régis. *Précis de psychiatrie*, p. 358-359.

vements exagérés, automatiques, désharmoniques et invariables. Il accentue son discours en frappant du doigt notre table.

Kassongo III (obs. 249), Kitengué (obs. 318), gardent toujours la même position pour s'asseoir, pour marcher.

Bobo (obs. 266) prend un masque digne et grave d'empereur romain pour nous regarder. Il fait la moue (bouche en coin) avec du tremblement des lèvres et des rictus de la face tels qu'ils paraissent « affectés, maniérés et artificiels », et que ce malade a l'air », au premier aspect, de simuler, de s'amuser et de se moquer des gens [1] ».

Manienga Maurice, Joseph Macourou, Biro et N'Goma Manuel ainsi que Yokodjaï (obs. 63) ont un rire « brusque et rapide comme une impulsion » survenant sans motif, apparaissant comme forcé et incoercible, ne correspondant à aucune représentation mentale, accompagné d'aucun élément émotionnel. Chez Yokodjaï, c'est le fou rire, irrésistible, inextinguible, incoercible; chez Manienga Maurice, il se termine par une crise de larmes; chez Biro, il est « léger, tenu, fin, maniéré »; chez Joseph Macourou, il vient souvent interrompre une crise de tristesse profonde; chez N'Goma Manuel, il est « comme étouffé et moqueur », lié à une cause psychique, gaie ou ironique, en songeant que le « blanc paraît ne pas comprendre ce qu'il raconte ». Kassongo III a le sourire railleur; Ganda (obs. 287), qui est à une période avancée de son affection (tremblements généralisés, céphalée, attaque épileptiforme, paralysie des jambes), rit continuellement. Il parle à mi-voix, murmure des paroles incompréhensibles, puis éclate de rire, sans adresser la parole à personne.

Le rire se répète chez tous ces malades sous la même forme ; chez tous il est intermittent.

Le langage de certains trypanosomés présente des caractères stéréotypés très nets. C'est une salade de mots, un jargon incohérent de mots déformés, composés par assonances, par coq-à-l'âne, dans les monologues de Manienga Maurice, qui répète toutes les fois qu'on le rencontre : « Bonjour papa, tata » (mot indigène = papa), et se met à chanter : « Petit papa, c'est aujourd'hui ta fête..... tu n'étais pas là ». Chez N'Goma-Malonga-Noël, c'est la vergibération « phraséologie vide consistant en une répétition des mêmes mots ». Quand il raconte des histoires en français le mot Congo revient à chaque instant. Il y a là « réaction de persévération, sorte d'intoxication ou mieux d'imprégnation par un vocable qui revient sans cesse dans les discours du sujet [2] ».

1. Régis, *Précis de psychiatrie*, p. 361. — 2. *Ibid.*, p. 366.

Joseph Amboa s'exprimait jadis très bien en français; actuellement, quand il veut nous causer en notre langue, il trouve difficilement ses mots et il répète à chaque instant « ... Voilà... Voilà... ». Il est incompréhensible, il se figure cependant parler toujours correctement.

Chez Fano-Ken, il y a plutôt écholalie; il raconte une histoire en parlant très vite, et en avalant la moitié des mots. Il répète ses fins de phrases : « Mes voisins disent que je fais du bruit la nuit, la nuit, la nuit... Ce n'est pas vrai, çà, docteur, car se sont des sauvages, sauvages, sauvages... Laisse-moi aller causer à ma femme et donne-moi papiers, papiers, papiers... » Il parle avec volubilité, il a le verbe haut et son timbre de voix si fort, si aigu, contraste avec celui de Bobo qui s'exprime lentement, doucement, à voix basse. Celui-ci fait des réponses à côté (vorbereiden [1]) ou des réponses absurdes ou même ne répond pas, disant : « Pourquoi me demandez-vous tout cela? » Il entend et comprend les questions posées mais n'en répond pas moins d'une manière approximative ou équivoque. Ce symptôme, qui donne sa physionomie particulière au syndrome de Ganser, constitue une sorte de manifestation de négativisme.

Parfois le mutisme est absolu [2] :

Sindani (obs. 145), qui paraît parfois très gai, siffle et rit brusquement sans motif; il garde certains jours, aux questions les plus simples qui lui sont posées et qu'il comprend, le silence le plus complet.

Yokodjai, jeune élève de l'école professionnelle, reste volontairement muet et n'écoute aucun de nos raisonnements. On épuise tous les moyens de persuasion pour le décider à parler et on échoue. Il reste là, immobile et têtu, sans que rien ne paraisse l'émouvoir.

La démence précoce chez nos trypanosomés est constituée par des phases de *stupeur* ou d'*agitation*, sous forme de crises paroxystiques ou alternant plus ou moins régulièrement ou formant le fond de la maladie. L'agitation peut acquérir une violence extrême et donner lieu à de véritables impulsions, à des crises de violence, à des fugues. Cette agitation chez les individus atteints de maladie du sommeil pourrait parfois être prise pour de l'*excitation maniaque*, car, chez eux, les symptômes catatoniques ne sont pas toujours exagérés lors des crises. La stupeur des déments (*stupidité*) et la stupeur des mélancoliques (*stupeur lypémaniaque des trypanosomés*) ne sont pas toujours, non plus, faciles à distinguer l'une de l'autre.

1. Régis, *Précis de psychiatrie*, p. 127.

2. « Le malade cherche à s'isoler, il répond lentement et par monosyllabes, ou il garde un mutisme absolu ». Corre, p. 253.

Chez certains trypanosomés, l'affaiblissement intellectuel se fait progressivement et peut être suivi de mois en mois. Il aboutit rapidement, en quelques années, à une démence complète et incurable, évidente. L'évolution vers cette diminution définitive de l'être psychique se fait le plus souvent à travers des phénomènes se produisant très irrégulièrement et consistant en états de stupeur mélancolique et d'agitation ou au milieu de délires ordinairement peu systématisés, car l'affaiblissement mental des trypanosomés ne permet guère leur formation. Cependant, on rencontre très souvent chez les trypanosomés du *délire des grandeurs* et aussi du *délire de persécution* dû à des hallucinations visuelles et nocturnes, et parfois auditives.

A la période avancée de la maladie du sommeil, l'automatisme mental règne en maître. Négligé, malpropre, inconscient, sans mémoire, sans souvenirs, indifférent à tout ce qu'on peut lui dire, à tout ce qu'on peut faire autour de lui, inerte, mais cependant capable d'une inpulsion au vol, à la violence, à l'homicide, plus rarement au suicide, le trypanosomé présente une « disssolution de la personnalité au point de vue intellectuel, moral et affectif » et ses actes, comme son langage, sont « absurdes, mobiles, contradictoires, incohérents ». Versant des larmes ou éclatant d'un rire spasmodique, il raconte des récits imaginaires, amasse des ordures, des chiffons, et des vieux bouts de papier, mange de la terre. (Ouabissou, obs. 291) avale des pelures d'ananas ou des débris de manioc souillés de poussières (Manienga Maurice). Toujours prêt à tomber, se tenant à peine debout, le malade s'achemine rapidement vers la période terminale qui est l'état gâteux caractérisé avec l'hébétude la plus complète de la physionomie, par des contractures, des tremblements, de l'incontinence des matières fécales et des urines. Le malade tombe dans le coma, et la mort survient par cachexie ou bien le trypanosomé est enlevé soit à la suite d'une affection intercurrente, soit même à la suite d'ictus cérébraux (attaques, congestions).

Les ictus « dus sans doute à des poussées infectieuses ou autotoxiques secondaires » peuvent paraître plusieurs fois dans le cours de la trypanosomiase, mais de préférence à la dernière période et sous la forme épileptiforme. Ils sont constamment suivis d'une aggravation sensible des symptômes et parfois même de mort.

FIGURE 1 (*Obs. 318*)
CONFUSION MENTALE
AVEC IDÉES POST-ONIRIQUES

FIGURE 2 (*Obs. 378*)
CONFUSION MENTALE
AVEC ÉTAT EXPANSIF.

FIGURE 3 (*Obs. 378*)
CONFUSION MENTALE
AVEC ÉTAT EXPANSIF.

PLANCHE IV

TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA MALADIE DU SOMMEIL
(G. MARTIN et RINGENBACH.)

H. DELARUE & Cie, ÉDITEURS. PARIS

Formes maniaques, mélancoliques, circulaires. Mégalomanie. Délire des grandeurs

Sur le fond démentiel trypanosomiasique se greffent, avec plus ou moins de fréquence, divers types de psychoses, des états délirants accessoires et surajoutés qui peuvent s'associer, exister simultanément, apparaître et disparaître une ou plusieurs fois. Ils sont inconstants et variables, et ne constituent pas toujours des types cliniques bien définis. On peut cependant admettre :

1° Des états maniaques et mégalomaniaques s'accompagnant de suractivité, d'excitation, de violence, de délire des grandeurs.

2° Des états mélancoliques ordinairement légers s'accompagnant de délire triste (personne ne les aime, disent les malades), et pouvant, tantôt, s'associer et se combiner au délire des grandeurs, tantôt en être indépendant. Ces deux états peuvent parfois se succéder d'un instant à l'autre très irrégulièrement et d'une façon rapide (Marius Issaci, Manienga Maurice).

3° Des état mélancolico-maniaques donnent lieu à une sorte de folie cyclique ou circulaire dans laquelle les deux délires des grandeurs ou de mélancolie se succèdent d'une façon lente, mais régulière et périodique (Kinga, obs. 72).

Dans tous ces cas, l'attitude, l'aspect, le ton affectif se modifient à chacune de ces deux périodes, et les malades présentent dans l'une ou dans l'autre un contraste frappant.

4° Du délire onirique, des idées fixes plus ou moins systématisées surtout de persécution, des hallucinations visuelles, auditives ou olfactives, des impulsions, des obsessions.

Beaucoup de nos trypanosomés sont mégalomanes. Les uns sont fils de grands et puissants chefs, les autres possèdent dans leur village de grosses sommes d'argent, de nombreuses provisions de bouche. Eux seuls sont beaux, eux seuls sont intelligents, eux seuls sont civilisés. Leurs camarades d'hôpital sont de vulgaires « sauvages ».

Ilsarrivent parfois à la visite, couverts d'oripeaux, la tête ornée de bonnets à plumes, entourée de fleurs et de feuillages, le corps caché sous la verdure (Joseph Kouka, obs. 413 ; Manienga Maurice, obs. 139).

Kitengué (obs. 318), se figure qu'un camarade jaloux de la pureté de ses formes lui a jeté un sort.

Fano-Ken (obs. 119) s'écrie à chaque instant : « Congo ! Congo

Sale pays! Je suis de Libreville! Je ne suis pas un cochon de nègre, moi! Les noirs de Brazzaville, ce sont des sauvages! »

N'Goma-Malonga-Noël (obs. 428) porte, comme brassard au bras gauche, un carton rouge provenant d'une vieille boîte : « Ce sont mes galons! Je ne suis pas un salaud de nègre! moi! »

Linda (obs. 418) « n'est pas le premier venu. Il possède de l'argent. Il a des poules et des cabris. Il a quitté son village pour venir à Brazzaville parce que ses compatriotes ne veulent pas le reconnaître comme chef. Son père était chef, lui aussi doit être chef ». Or, il exerce le métier de pagayeur à bord d'une pirogue.

Loumboutou (obs. 269) se prétend non seulement le grand chef de sa tribu, mais également le plus puissant personnage noir de Brazzaville : « Il a autant d'autorité que le blanc, et le blanc, dit-il est son égal, mais ne le commande pas. » Il montre de vulgaires plumes de poulet qui ornent ses instruments de musique, qu'il porte également au chapeau, et en ceinture autour de la poitrine. « C'est l'emblème de mon pouvoir! Elles viennent de France! car j'ai beaucoup d'autorité » criait-il aux indigènes qui passaient devant sa case. « Arrêtez-vous! Donnez-moi en cadeau un morceau de manioc! Si tu ne veux pas, tu peux le garder, cela m'est bien égal! Il est indigne de moi de te chercher palabre pour si peu de chose! » Loumboutou n'était pas méchant mais il insultait grossièrement ses compatriotes qu'il ne connaissait pas ou qui n'étaient pas de ses amis. « Ne me parle pas! Tais-toi! sale nègre, cochon, etc. Tu n'es pas digne de me causer. Moi je suis le plus beau de tous, plus beau que le blanc! Moi je me baigne! Moi je suis propre, plus propre que vous tous, qui ne vous lavez pas! Les autres, les jours de fête, ont besoin de se mettre des vestons, des pantalons! Moi, mon pagne suffit, car je ne suis pas riche mais je suis un grand chef. Tout le monde le sait, chacun le voit... » Et lorsqu'on lui demandait pourquoi il avait cette manie de ramasser tous les morceaux de bois qu'il rencontrait sur son chemin, et dont il faisait d'ailleurs du feu dans sa case : « Cela fatiguerait mon boy, répondait-il, mais moi je suis fort et vigoureux, je suis le plus fort... On peut m'insulter... Je ne me battrai pas! Si je me battais, je tuerais mon adversaire, tellement je suis fort... »

Joseph Amboa (obs. 415) est un élu de Dieu [1]. « Je suis savant, dit-il, et je sais très bien parler le français... Je sais faire le boy, le cuisinier, le blanchisseur, le charpentier... Je suis chasseur aussi... » Notre infirmier qui suit les cours de l'école indigène nous raconte que Joseph Amboa est venu deux ou trois fois essayer d'apprendre à lire. On lui montre les

1. Voir chapitre III, p. 653.

FIGURE 1 *(Obs. 418)*

CONFUSION MENTALE AVEC AGITATION
ET IDÉES DE GRANDEUR.

FIGURE 2 *(Obs. 421)*

CONFUSION MENTALE
AVEC HALLUCINATIONS AUDITIVES.

PLANCHE V

TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA MALADIE DU SOMMEIL
(G. MARTIN et RINGENBACH.)

H. DELARUE & Cie, ÉDITEURS. PARIS

lettres de l'alphabet et le moniteur lui dit : « Voici un A, un B, un D, etc. »; il répond : « Non, ce n'est pas vrai! Tu ne sais rien, toi, moi je vais te montrer les lettres... Je les connais mieux que toi... Je vais prendre ta place... » Joseph Amboa veut bien rentrer à l'hôpital, mais à la condition d'être « capita », c'est-à-dire de commander aux malades, de toucher une ration supplémentaire et une solde! « Il sait faire les pansements, dit-il, et il connaît très bien le métier d'infirmier! »

Ouabissou (obs. 291), rencontrant l'infirmier de l'hôpital l'interpelle en lui disant : « Tchicaïa! roi des Loangos! viens, nous allons partir. Je veux aller voir le grand docteur, et compter avec lui tout ce qui se trouve dans son cabinet et dans son laboratoire!... Il a beaucoup de galons... Les souliers du docteur sont beaux. Donne-moi ton papier et ta plume, je vais prendre moi-même les températures et faire ton travail (or, il ne sait ni lire ni écrire)... Tiens, voici 100 francs, dit-il, en montrant de petits cailloux... Prends-les, je te les donne! »

Le délire mégalomaniaque peut s'accompagner d'idées mélancoliques et de tristesse :

La femme Parimo (obs. 374), prétend qu'elle est une princesse. « Ses frères sont des chefs de terre très riche... Elle n'est pas une esclave comme les autres malades de l'hôpital... Ceux-ci, le jour de leur mort seront enveloppés d'un simple pagne et seront jetés dans la fosse commune... Pour elle, on tirera des coups de fusils, on l'enveloppera de belles couvertures, de précieuses étoffes... Un grand cortège suivra son cercueil... » Un matin, elle demande à venir nous causer. Après avoir réclamé une chaise « pour ne pas rester debout comme un vulgaire noir », elle raconte qu'on lui a volé une malle contenant « des étoffes blanches, des pagnes, des ceintures, des couvertures, des souliers jaunes et noirs, etc., etc. » « A son village, elle possède des conserves, des cabris, des poulets, etc. Elle peut manger tant qu'elle veut! Aussi, lorsque le blanc passe dans son pays, elle lui donne des cadeaux, de l'ivoire, etc... L'administrateur, commandant la région, l'invite à sa table; elle, à son tour, le reçoit... » Mélancolique parfois, elle est triste lorsque ses voisins se moquent d'elle, et la traitent d'esclave, de vieille femme. Elle pleure alors à chaudes larmes et se dispute avec eux. Quelques instants après, elle chante, elle rit, elle est satisfaite d'elle-même. « Elle est bonne! dit-elle. »

John (obs. 458) a, dit-il, été très bien élevé. « Il a reçu de bons principes, et c'est un homme beaucoup plus sérieux que ses compatriotes. Il est fils d'une femme très belle, très intelligente, qui sait lire et écrire. Autrefois, il avait de beaux vêtements. Actuellement, il est vêtu d'une

simple couverture. Jamais il n'a été aussi mal habillé. Aussi est-il très malheureux, car ses compatriotes ne le reconnaissent pas, et ne veulent plus le recevoir. On lui doit une très grosse somme d'argent dont il ne peut se faire rembourser. Quand il sera guéri et quand il aura touché sa solde, il sera bien habillé, il viendra voir le docteur et celui-ci ne pourra manquer de s'écrier : « Ah! oui, voilà bien John! Ce ne peut être que lui qui soit aussi beau et aussi élégant! »

Les états mélancoliques peuvent parfois succéder aux états mégalomaniaques d'un instant à l'autre, rapidement, d'une manière alternative et continue.

Ainsi, Manienga Maurice (obs. 139), tantôt est gai, tantôt est mélancolique. Parfois, il chante, il psalmodie, il est heureux; parfois, il pleure et se lamente sur son sort et de même qu'il s'arrête au milieu de ses jérémiades pour pousser un grand éclat de rire; il jette souvent au milieu de ses chansons un cri de douleur et il verse des larmes en songeant à sa femme qui l'a abandonné, à sa situation. « Il y a cent mille ans que Marie-Madeleine m'a quitté! Je suis trois cents, deux cents, trois cent quatre-vingt-cinq fois trop malade! » « Katouka! fous le camp, cochon, sale nègre! » dit-il à ses voisins qui rient de lui et, s'adressant à nous : « Moi, bon garçon! Tu vois le blanc qui m'a frappé! » ajoute-t-il en nous montrant des traces de blessures. Or, c'est un noir qui l'a battu, mais, dans son esprit, le noir est trop son inférieur pour oser le toucher!... « Je mettrai un beau veston de velours pour venir voir le docteur à la fin du mois... Il ne faut pas toucher à mon eau de Cologne là-bas... J'ai une belle case avec une belle table comme le blanc et des armoires avec des vivres!... »

Marius Kissaci (obs. 378) frappe ses voisins : « Ce sont de vils esclaves, dit-il, je les commande, j'ai le droit de les tuer. Je leur couperai le cou... Mon pantalon coûte très cher... Je suis plus beau que tous... Je connais mieux le service de la prison que le policeman. Je vais aller trouver le commissaire pour le remplacer dans son service... Moi seul je possède une natte aussi jolie... On me traite comme le dernier des noirs... Je ne suis pas un bacongo comme les indigènes de Brazzaville. Je suis un batétéla et je suis chef des batétélas! Mon frère est un grand guerrier. Il a beaucoup d'argent, il a de nombreux esclaves et des femmes en quantité! Il me donne beaucoup à manger! Tous ces sales nègres ne sont pas dignes de moi! Ce sont des crapauds! Ils sentent mauvais! Veux-tu de l'argent? Tiens en voilà (et il montre des tas de cailloux)! »

Marius Kissaci est, tour à tour, triste et joyeux, et, dans le même instant, il passe du rire aux larmes, suivant les idées qu'on évoque devant

lui. Un matin, il vient à nous mélancolique et pleurant : « Je suis bien malheureux! Je suis mal vêtu, personne ne m'aime. Dans mon pays, je mangerais de la viande autant que je le voudrais. Actuellement, je me nourris de légumes et de salade. Aussi tout le monde se moque de moi! Je suis sale et dégoûtant. Autrefois, j'avais de beaux habits! Je me nourrissais bien; maintenant, je mange comme un cochon! »

« Mais oui, mon pauvre Kissaci, lui répondons-nous, c'est vrai, mais ton père est riche, ton frère est un grand chef, toi aussi tu es d'une race puissante (et il sourit), tu n'es pas un vulgaire nègre (sa figure s'illumine), tu auras des esclaves, tu seras le maître, tu les tueras » (alors, il s'épanouit de joie et de contentement).

Si l'on ajoute : « Mais toi, tu n'as pas d'argent, tu n'as pas d'esclaves », il pleure de nouveau, il gémit : « Je ne suis plus le Kissaci d'autrefois qui portait de beaux faux cols, etc. »

Le rire s'épanouit de nouveau sur ses lèvres, et ses larmes s'évanouissent si nous le flattons, en lui disant qu'il est joli, qu'il est fort, qu'il est intelligent.

Chez Kinga (obs. 72), les deux délires de grandeurs et de mélancolie se succèdent d'une façon lente, mais périodique. A certaines époques, il est excité, très loquace. Il chante, il joue d'un instrument de musique. Il considère les autres prisonniers comme des inférieurs. Il leur parle avec autorité. Il nous dit que si nous montons dans son pays, il nous fournira de nombreuses pirogues, des porteurs en grande quantité et des femmes! Il nous demande un homme à manger, car il a faim! Il veut un homme, mais il veut le tuer lui-même avant; il ne veut pas un malade de l'hôpital, ni un cadavre, car il est un grand chef. Il le veut vivant!

Kinga raconte « qu'il est le grand chef des Yakomas [1], qu'il est beau, le plus beau, qu'il est tout puissant. Dieu seul est au-dessus de lui. Il a été nommé administrateur par le gouverneur général, qui lui a décerné toutes les décorations qu'il porte » (sous troués, couvercles de boîtes de conserves rondes, vieux rubans) attachés sur la poitrine. L'un de nous lui ayant donné de vieux galons de médecin, ce qui lui a causé une très grande joie, il est devenu, en outre, « grand médecin en chef des Yakomas ». Il porte aussi des galons de sous-officier, de fourrier, d'administrateur... Comme coiffure, il a un béret de matelot ou un képi de facteur.

A d'autres périodes, il reste dans son coin, indifférent à ce qui se passe autour de lui, monologuant. Mélancolique, il montre avec tristesse le Congo, disant que c'est la rivière qui mène à son pays. Parfois. il garde

1. Quelques Yakomas sont encore anthropophages.

même le mutisme le plus absolu. Il ne répond pas à l'interprète, il reste sourd à tout ce qu'on lui raconte et aux menaces. Il reste là dans un coin, assis, ne sortant de son immobilité que pour tuer brusquement d'un petit coup de balai et d'un même geste stéréotypé les mouches qui volent autour de lui.

CHAPITRE III

Délire onirique. Hallucinations visuelles, auditives, olfactives. Délire de persécution.

Le délire onirique, si bien étudié par le professeur Régis[1], qu'on retrouve dans toutes les psychoses toxiques ou infectieuses se rencontre également dans la trypanosomiase. Le délire onirique est un véritable état somnambulique, un état second, et il est suivi d'une amnésie plus ou moins marquée, suivant le cas; il peut, une fois disparu, laisser dans la conscience certaines des conceptions engendrées par lui (idées post-oniriques).

Ce délire est, dans toute l'acception du mot, un délire de rêve. Il naît et évolue dans le sommeil. Il peut être exclusivement nocturne et cesser au réveil pour reparaître le soir, mais à son degré élevé, il continue au matin et dans la journée, tel quel, comme un véritable rêve prolongé (Régis).

Chez N'si Hélène (obs. 275), petite fille élevée à la mission catholique, l'accès de délire commença par une altération de son sommeil. Celui-ci fut peuplé de cauchemars et devint pénible. Son rêve, comparable à celui des alcooliques, était un rêve d'action dans lequel les hallucinations de la vue jouaient le principal rôle. Elle voyait, tout à coup, dans la nuit, un homme de son village qui s'approchait d'elle pour l'enlever. Parfois, il voulait la tuer ou l'empoisonner. Elle poussait de grands cris, puis pleurait. Ce rêve continuait pendant le jour, et son délire devenait un véritable *rêve prolongé*. Elle qui, avant sa crise, était triste, timide, vivait plutôt à l'écart de ses compagnes, en restant dans un coin, devint très excitée, parlait avec une grande volubilité, en son langage batéké, car elle prétendait avoir oublié le français. Son *délire éveillé* était le même que son *délire dormant*. Elle continuait les idées écloses pendant son rêve et ses hallucinations visuelles revêtaient un caractère terrifiant consistant surtout en visions d'assassins, d'hommes de son village qui non seulement voulaient sa mort, mais aussi celle de la « Mère supérieure » auprès de laquelle elle se réfugiait. Elle pénétrait partout, ouvrait les

1. Régis, *Précis de psychiatrie*, p. 315-317.

chambres, les tiroirs, cherchant un coin pour échapper à ses persécuteurs.

Nous trouvons un jour un de nos malades, Kitengué (obs. 318), avec dans la main un tison enflammé qu'il approchait de son bras pour brûler, nous dit-il, « la bête qu'il avait dans le corps ». Il a gardé, en effet, d'un de ses rêves, implantée dans son esprit, cette idée fixe, isolée, obsédante (idée fixe post-onirique) qu'il a des bêtes. Il y a environ six mois, raconte-t-il, il habitait, au village catholique, la case de Kalongo, un de ses compatriotes du Kassaï. C'était un de ses bons amis, mais qui était jaloux « de sa beauté et des jolies formes de Kitengué. Aussi, celui-ci, pendant la nuit, a-t-il vu son camarade se lever, s'approcher de son lit avec une poignée de petites bêtes dans la main. Il les a lancées avec force et elles ont pénétré dans son corps ! » « Kalongo ! Kalongo ! s'écria-t-il, qu'est ce qu'il y a? Pourquoi fais-tu le sorcier avec moi ? » De ce jour les petites bêtes se promènent partout, dans les bras, dans les jambes, dans la tête et dans les yeux. Pendant la journée elles le laissent tranquille, mais pendant la nuit elles l'empêchent de dormir.

Pendant un certain temps, Kitengué voit venir la nuit notre infirmier qui veut l'égorger et le manger ! Vers cinq heures du soir il lui dit : « Ne viens pas cette nuit me tracasser. Tu n'es pas si beau que moi, mais puisque tu n'es ni de ma race ni de mon village, tu n'as pas besoin d'être jaloux. Laisse-moi la paix. »

La croyance aux démons, aux fétiches est si répandue parmi les indigènes du Congo que l'influence des sorciers règne en puissance absolue sur toutes leurs imaginations.

Un accès de folie éclate-t-il chez un de leurs voisins, c'est qu'un mauvais esprit, un camarade jaloux, un chef puissant, lui a jeté un sort. Aussi les différentes hallucinations produisent-elles chez ceux de nos trypanosomés à l'âme primitive imprégnée de quelques notions de catholicisme et frappée des mystères de cette religion, des délires mystiques à forme spéciale et rappelant ceux des démoniaques du moyen âge qui affirmaient parcourir l'air sur un manche à balai pour se rendre au sabbat.

Chez Joseph Amboa (obs. 415), son délire très calme est la continuation de son rêve. « C'est un élu de Dieu », proclame-t-il, et il vient nous apporter des bouts de papiers que « Jésus lui a remis » et qu'il nous prie de déchiffrer. Il nous fait de longs récits qu'il expose tout simplement, tout naïvement sans aucun étonnement, « ce qui s'est passé, s'est passé et voilà tout ! » « Or, une nuit qu'il était à la chasse, l'ange Gabriel est descendu du ciel pour le baptiser. Saint Pierre l'accompagnait et tenait l'eau bénite. Il avait une grande crosse à la main et, tandis que les cloches sonnaient, il lui a passé un chapelet autour du cou en lui disant : « Tu

« seras chrétien et tu t'appelleras « Joseph ». Amboa ne dormait pas il, priait ; il a bien vu les envoyés du Seigneur, il les a entendus et ils lui ont même appris des prières. »

La nuit où son camarade Kouka est décédé « Joseph Amboa est monté avec lui au ciel, accompagné de son ange gardien. Il a vu une grande table chargée de bananes, de manioc, il a mangé et bu et il est descendu sans avoir rencontré le bon Dieu ». Depuis quelque temps, il est malheureux : un caporal sierra-leonais lui envoie toute la nuit, dans sa chambre, des diables qui l'empêchent de dormir, mais c'est principalement son voisin de cellule, Albert Germain (obs. 376) qui est un mauvais chrétien ne sachant pas prier, qui se débarrasse des démons dont il est possédé en les lui envoyant. « Ce sont eux qui lui ont donné cet œudème des paupières, cet amaigrissement, cette céphalée dont il souffre. » Il passe la nuit à les chasser. Ils grimpent sur le toit, mais rentrent quelque temps après dans sa chambre s'il ne se tient pas éveillé. Un soir, l'agent de police de garde est venu l'empoigner à la gorge et a voulu l'étrangler. Il l'a senti venir, s'approcher de lui, il l'a vu et il a fait des efforts pour appeler au secours, mais il lui a été impossible de pousser un seul cri. Le policeman a disparu, mais toute la nuit il a entendu sa voix qui appelait : « Amboa ! Amboa ! Amboa ! Viens !... »

Dans le délire trypanosomiasique, comme dans le rêve, *les hallucinations visuelles* (visions d'animaux, de voleurs, d'assassins, de morts) jouent un grand rôle ; les *hallucinations auditives* sont ordinairement plus confuses, mais peuvent être parfaites. Elles sont assez fréquentes, beaucoup moins exceptionnelles que les *hallucinations olfactives*. On comprend que sous leurs influences diverses, les malades peuvent présenter un délire plus ou moins systématisé. Celui le plus souvent observé est *le délire de persécution*.

Linda (obs 418) voit, pendant la nuit, des tigres (c'est le docteur qui les lui a envoyés), des boas, des serpents qui envahissent la chambre et viennent sur sa poitrine. Des diables sont venus l'arrêter et l'ont attaché et ficelé

Deux démons viennent également troubler le sommeil de Marius Isacci, mais quand il les voit arriver, il élève la voie et leur crie de partir. Ils disparaissent

La femme Mavou (obs. 452) de la Mission catholique, voit ses parents déjà morts. « Elle leur parle, elle tient une conversation avec eux, avec des amis qui ont été baptisés en même temps qu'elle. Ils viennent l'ennuyer et elle crie : « Laissez-moi tranquille ! » Elle cause du bon Dieu, du paradis, des saints et de la Vierge ! mais elle voit aussi le diable ! »

Elle en est effrayée. Elle appelle à son secours. Elle essaye de fuir, elle enfonce la porte de la case où elle est enfermée et part se promener toute nue.

Benoît (obs. 122) dans son sommeil, parle ; il appelle sa femme Élisabeth ! « Regarde, dit-il, tous ces morts qui m'entourent. Ce sont des gens de notre village. Dépêchons-nous, nous nous mettrons en route. » La première fois, Élisabeth allumait la lampe pour regarder ce qui se passait. Son mari continuait à dormir, mais il était agité, il avait les bras en mouvement et continuait à causer... « Tu ne vois pas ces deux enfants qui m'entourent. Tu es donc aveugle ! »

James (obs. 388), dans la nuit du 25 au 26 novembre, s'est éveillé ; il a vu deux femmes assises près de lui et plus loin quatre hommes qui se tenaient debout et lui réclamaient de l'argent. « Que voulez-vous ? » leur dit-il, et ils s'en allèrent. La nuit suivante, il a réveillé ses camarades par ses cris : « Regardez ces grosses bêtes sur le toit. » Il était éveillé et manifestait une grande frayeur. « Voyez ces gens. Écoutez-les parler dans la brousse. Il viennent me voler. Ils vont me prendre, ils veulent me tuer... Ce sont des démons... Qu'ont-ils à me poursuivre... » Le lendemain, interrogé par nous sur ces faits, il nous répond qu'il a oublié ce qui a pu se passer pendant la nuit.

Fano Ken (obs. 119), un matin à la visite, chante, psalmodiant pendant une heure entière, et larmoyant. Notre interprète nous raconte ce qu'il dit : « Pourquoi mes parents morts depuis si longtemps sont-ils venus me voir ?... Pourquoi mon père et ma mère m'ont-ils apparu cette nuit !... Pourquoi les hommes de mon pays ont-ils entouré mon lit ?... Mon cœur est bon pour mon village... Je vais y retourner bientôt, car je suis guéri... » Toutes les nuits, prétendent ses voisins, il est agité, il parle, il chante, il se promène.

Dans la plupart des observations qui précèdent, les hallucinations étaient *visuelles* ; elles peuvent être à la fois *visuelles et auditives*, ou seulement *auditives* ou *olfactives*.

Joseph N'Kouka (obs. 413) se croit entouré de gens morts qui viennent le persécuter et le poursuivre même dans la journée. La nuit, il les entend parler. « Ils lui disent qu'il commet de mauvaises actions, puis ils le prennent et le jettent contre les arbres, contre des murs ; ils le font, dit-il, beaucoup souffrir. »

Soulé (obs. 466), stupide, entend quand il vient au laboratoire, des voix : celles de nos infirmiers, la nôtre. Toutes l'appellent par son nom, il ne sait pas pourquoi, mais tout à coup, il pleure à chaudes larmes pendant qu'on lui prend sa taille ; il se figure qu'on veut le prendre et le tuer? La nuit, il est tranquille.

Pembé (obs. 421), femme de Ounda (obs. 323), milicien également trypanosomé, en traitement à l'hôpital, pleure en songeant à son mari que tantôt elle croit mort et enterré, que tantôt elle prétend enfermé au laboratoire. Elle entend sa voix qui la poursuit partout. Quand nous l'interrogeons, elle répond bien aux différentes questions qui lui sont posées sur les différents pays où elle a vécu, puis tout à coup elle s'arrête dans sa phrase. Elle regarde dans une direction, l'œil fixe, la tête penchée, l'oreille dirigée du côté du son qu'elle perçoit, un doigt en l'air. Elle est étonnée de ce que nous, Européens, nous n'entendons pas son mari « Ecoutez bien, nous dit-elle, vous allez entendre !... Voilà ! Là... il me dit : « Viens, ma femme, viens ». Elle perçoit ses plaintes et ses gémissements. Elle lui répond : « Ounda, tu es encore malade, ne me tourmente pas. Puisque tu es mort, il est inutile de me rechercher... donne-moi la paix et la tranquillité... Pourquoi pleures-tu ?... » Elle est triste, elle est malheureuse, car « ce n'est pas bon d'être ainsi appelée et tourmentée par un homme mort depuis quatre jours ». Les voix viennent des murs, du parquet, du toit, de la case. Le jour et la nuit, sans cesse, sans repos, elles arrivent aux deux oreilles : « Pembé ! Pembé ! Viens. » Nous lui disons : « Ounda n'est pas mort, il est en traitement à l'hôpital, il est en bon état. » « Ce n'est pas vrai, répond-elle. Il est là sous terre. Il m'appelle, il me demande le chemin pour sortir. » Quelques jours après, la femme Pembé rencontre Ounda au laboratoire. Les voix continuent cependant à lui dire : « Il faudra revenir avec moi. Viens ». Du matin au soir, elle ne pense qu'à Ounda. Celui-ci s'impose à toutes ses pensées, à tous ses souvenirs. Elle veut rester près de lui pour le soigner et le guérir. Elle demande à le rejoindre à l'hôpital pour avoir la paix ! La nuit précédente, une voix qui n'était pas celle de son mari l'a appelée. Elle a cru si bien, nous dit-elle, qu'un homme était à ses côtés qu'elle a voulu lui donner une gifle et sa main n'a rencontré que le sol. Elle s'est fait grand mal. Elle porte, en effet, des écorchures aux doigts.

John (obs. 458) rêve qu'il tombe dans des précipices, qu'il roule du haut d'une grande montagne, et qu'il est entouré de feu... Une nuit, un homme s'est approché de son lit, il l'a vu déposer des ordures immondes sur son front. Deux jours après, il a senti une odeur qui se dégageait, mauvaise, épouvantable, nauséabonde et qui finira par l'empoisonner. « Voilà des semaines et des semaines, dit-il, que toute sa tête répand autour de lui une véritable infection ». Il la fait sentir à notre infirmier. Il nous demande un médicament pour chasser définitivement cette odeur. Il prétend qu'elle disparaît depuis que nous le soignons[1].

1. Voir observation de John, chap. VI, p. 670.

CHAPITRE IV

Excitation. Coups et blessures. Impulsions au suicide, à l'incendie et au vol. Vampirisme

Nous avons déjà dit combien étaient fréquentes les crises de colère, d'excitation furieuse chez les trypanosomés : à la moindre discussion, ils frappent leurs camarades ou leurs voisins. Il n'est pas inutile d'insister sur cette irritabilité de leur caractère signalée au premier chapitre de cette étude; mais les exemples seraient trop nombreux et leur répétition deviendrait fastidieuse. Nous nous bornerons seulement à en résumer ici rapidement quelques observations.

Cette irritation spéciale porte le malade à parler avec une véhémence extraordinaire, avec une vivacité et un flux de paroles absolument caractéristiques.

Au pavillon des aliénés, les rixes sont fréquentes. Elles surviennent au moment où le surveillant s'y attend le moins, pour un morceau de manioc volé, pour le refus de donner un peu de tabac, pour une place habituelle occupée par un autre! Les trypanosomés se jettent l'un sur l'autre pour se mordre et se déchirer. Ils se font des blessures à coups de pierres, à coups de bâtons ou de barres de fer, car ils se servent de tout ce qui leur tombe sous la main et brisent volontiers leurs bouteilles sur la tête de leurs contradicteurs.

Ces actes violents se retrouvent à toutes les périodes de la maladie. Ils sont souvent un signe du début de l'affection. Ils sont également la dominante du délire agité et furieux qui emporte beaucoup de trypanosomés.

Ils sont accomplis avec plus ou moins de conscience. Très souvent, ils sont impulsifs, ou en rapport avec des hallucinations et exécutés d'une manière inconsciente. Ils peuvent être suivis d'amnésie.

Manienga Maurice (obs. 139) est arrêté par la police au moment où il cherchait un fusil pour tuer sa femme. Interrogé, il nous déclare « qu'il n'a aucune raison de se plaindre de son épouse, qu'il l'aime beaucoup et qu'il aurait beaucoup de chagrin si elle venait à disparaître ».

Joseph N'Kouka (obs. 413), dans ses fugues, pénètre à l'hôpital, renverse de son lit un malade, lui enlève sa couchette, l'emporte en bousculant et en frappant ceux qui voulaient s'interposer. Le lendemain, il a complètement oublié ce fait.

Au laboratoire, Linda (obs. 418) bruyant et désordonné, vient d'une manière incessante, sans trêve ni repos, pendant toute la durée de la visite, nous harceler de demandes inutiles, de supplications. Un matin où nous n'écoutions pas d'une manière aussi bienveillante que les jours

précédents ses réclamations, il se précipite sur nous en criant, et en voulant nous frapper à la tête d'une bouteille vide qu'il tenait à la main. Quelques instants après, il revenait nous causer, nous expliquer « que nous étions de bons docteurs, des camarades pour lui! » Il n'avait gardé aucun souvenir de son mouvement de colère.

Goura Kamily, furieuse de ne pas avoir obtenu l'autorisation de retourner à son village, tire de son pagne un couteau dont elle s'apprêtait à porter un coup dans le dos de l'un de nous qui l'accompagnait au pavillon des aliénés. Elle est arrêtée dans son geste par le policeman qui la surveillait depuis quelques minutes. Une demi-heure après, elle rit, elle chante, elle dit qu'elle n'a jamais eu l'intention de vouloir nous faire du mal.

Ajoutons en dehors de ces diverses observations celle du caporal Sory Taraoré (obs. 419) qui nous a été communiquée par notre camarade des troupes coloniales, le médecin-major Pic : à son arrivée à Brazzaville, ce malade ne se souvient plus des faits passés à N'Goïla.

« *Antécédents.* — Soudanais des environs de Sikasso, serait âgé de vingt-cinq ans; a été engagé à Séguéla (Côte d'Ivoire) où il travaillait comme cuisinier. Huit ans de service, a fait colonne et tenu garnison à la Côte d'Ivoire, puis six mois à Ruffisque, enfin arrive au Congo en janvier 1909. N'a jamais été malade, sauf un ver de Guinée.

« *Maladie actuelle.* — A séjourné trois mois à Brazzaville puis est monté dans la N'Goko au mois d'avril; a pris part à toutes les colonnes sans se présenter à la visite. Personne n'a rien remarqué de suspect dans ses façons d'agir.

« Lorsqu'on demande au malade s'il s'est aperçu d'un changement dans son état à un moment quelconque, il dit qu'à Mabangoué, c'est-à-dire vers le 13 septembre, il a eu une forte fièvre qui a persisté plusieurs jours. Quoi qu'il en soit, au retour à Sembé, le 27 septembre, il était normal; c'est pendant la nuit que, deux jours après, il se mit à parcourir le camp en poussant des cris, puis il voulut, sans motif plausible, tuer sa femme; devant la répétition de ces faits, le lieutenant Foucher l'envoya à N'Goïla, où il arriva le 3 octobre. Étudié pendant trois jours et constamment accompagné d'un infirmier, il présenta une folie assez douce; il demandait à descendre à Brazzaville pour y acheter des poulets et en faire cadeau à un marabout; il prenait des feuilles de papier, les griffonnait et rapportait son travail; il passait la nuit à se promener, mais sans crier; enfin, il n'eut de querelle avec personne. Il fut mis en pirogue le 6 octobre, pour prendre le bateau à Ouesso, mais la pirogue manqua le bateau et dut rester un mois à Ouesso. Le docteur Regnault avait été prié de l'examiner, il trouva des trypanosomes dans la cirulation périphé-

rique et fit au malade trois injections d'atoxyl à huit jours d'intervalle. C'est pendant ce séjour à Ouesso que l'état de Sory s'aggrava, que son excitation atteignit le plus haut degré et nécessita son internement. Il fut même dangereux et tenta, un jour où il avait pu s'échapper, de frapper à coups de couteau un administrateur. Chaque nuit, il poussait des cris continus. Il mordit plusieurs fois ses gardiens et avait pris l'habitude de cracher après les Européens qui venaient le voir. Il fut embarqué enchaîné sur le *Lamy*, et les trois premiers jours il continua à pousser des cris et cherchait à atteindre soit avec les dents, soit avec les mains les gens passant à sa portée. Puis il se calma peu à peu et, en trois jours, son état s'améliora au point qu'on put le laisser descendre à terre librement. C'est à cette date qu'il fut envoyé à l'Institut Pasteur de Brazzaville. Pendant toute sa période de folie, il conserva parfaitement la mémoire, reconnut le médecin de N'Goïla et ses camarades. Il présentait des périodes de tranquillité pendant lesquelles il raisonnait normalement; à ces moments-là, il s'occupait de ses deux enfants, les lavant et les soignant lui-même. D'une façon générale, les journées furent toujours plus tranquilles que les nuits. La dernière injection d'atoxyl avait été donnée l'avant-veille du départ de Ouesso. »

Les trypanosomés persécutés sont les plus dangereux. Massanba Massôungo (obs. 429) voit notre infirmier pour la première fois, mais il prétend que celui-ci lui cherche toujours querelle, qu'il a même été frappé par lui. Aussi, quand l'infirmier s'approche de lui pour lui palper ses ganglions, il se met en fureur et lui crie : « Laisse-moi ou je vais te donner un coup de couteau dans le ventre. »

C'est au délire de persécution que doit être rapportée la cause des impulsions au suicide ou à l'incendie, observées, d'ailleurs, très rarement par nous.

N'Goma Malonga Noël (obs. 428) « est trop malheureux ». Puisqu'on n'écoute pas ses plaintes, que personne ne daigne s'intéresser à lui, il faut en finir », dit-il, et nous l'arrêtons au moment où il sortait de notre cuisine avec un couteau avec lequel « il voulait se trancher la gorge ».

Simba (obs. 300) se figure qu'il a des voisins jaloux de son bonheur et qui cherchent toujours à le voler, à lui nuire. On le persécute. Aussi a-t-il mis le feu lui-même à sa case, pour échapper à ses ennemis.

Le vol du trypanosomé est le plus souvent un vol de nourriture. Ce fait nous a été signalé par divers observateurs et nous avons constaté, en effet, combien étaient nombreuses les plaintes de nos malades s'accusant mutuellement de vol de leur manioc et de leurs différentes provisions.

Lissassy (obs. 339), M'Bere (obs. 391), Yongoro (obs. 94), Bikoa (obs. 307), Missigui (obs. 257), Moukanda (obs. 154), etc., etc., ont été punis à maintes reprises pour avoir dérobé des poulets, des canards, chez divers habitants de Brazzaville, du saucisson dans une factorerie. Monboutou (obs. 314), hospitalisé, prenait à ses voisins non seulement leur ration, mais encore leurs effets. Il allait les revendre au marché pour acheter du sucre et du pain. Il volait même en plein jour, alors que de nombreux camarades constataient le délit. Roué de coups par les volés, il recommençait le lendemain, malgré toutes les remontrances et les menaces qui le laissaient complètement indifférent. Il volait aussi en ville. Mis en prison, il continue à voler la nourriture de ses co-détenus. Quand on l'arrête au moment même où il accomplit son larcin, il paraît tout étonné. Ce fait s'explique : souvent, le trypanosomé vole sans savoir, sans se rendre compte de l'acte commis, obéissant à un désir éveillé chez lui subitement. Ainsi Kinga (obs. 72), le jour de son examen au laboratoire, enlève au docteur Lebœuf une pince dont il n'a que faire.

Parfois le vol est absurde, niais, accompli sans précaution, avec la candeur de l'inconscience. Il ressemble à ceux des déments et des paralytiques généraux. Ainsi, Linda, dans une factorerie pleine d'acheteurs et où se trouvaient deux ou trois Européens, s'empare aux yeux de tous, sans se cacher, d'une pièce d'étoffe qu'il emporte tranquillement.

Manienga Maurice accumule dans un coin les vieux débris et les détritus de toutes sortes, les ustensiles hors d'usage, les boîtes de conserves vides, les bouteilles. Il prend tout ce qu'il rencontre sur sa route, mais de même qu'il amasse des chiffons sans valeur, des lambeaux d'étoffes, des imprimés déchirés, il accapare des couvertures, des couverts, etc. Il vient à la visite vêtu d'un corsage qu'une femme avait mis à sécher au soleil devant sa case. Dès qu'il voit la porte d'une maison ouverte, il y pénètre et prend tout ce qui frappe son regard; le plus souvent, d'ailleurs, il abandonne dans un coin l'objet volé quelques instants auparavant.

Massanba Massoungo, en attendant son tour à la visite, se rend dans un chantier voisin des travaux publics, s'empare d'instruments divers qu'il y trouve, tout à fait inutiles pour lui, et revient avec un petit baril vide sur lequel il s'assied.

Le vol peut avoir lieu également dans des circonstances particulières qui pourraient faire croire à de la préméditation.

N'Goma-Malonga-Noël arrêtait sur la route les indigènes porteurs de manioc et de viande et les frappait pour les dévaliser s'ils ne se soumettaient pas de bonne grâce à ses exactions.

Les impulsions chez les trypanosomés revêtent exceptionnellement un caractère spécial et nous avons observé tout dernièrement un cas de nécrophilie chez un de nos malades Paté-Kamara (obs. 422), présentant nettement des symptômes de catatonisme et de suggestibilité[1] et accusant des idées de persécution. « Des hommes viennent roder autour de sa case, disent du mal de lui, racontent des histoires fausses sur sa femme et sur sa fillette. » Lorsque ces voix ne se firent plus entendre, Paté-Kamara eut des hallucinations auditives dont il rapporte l'origine à des indigènes et à des douaniers habitant les postes belges situés sur la rive opposée du Congo. Toute la journée, il est en querelle avec eux. « Ces individus lui cherchent dispute... font palabre ». Il se lève à chaque instant pour les poursuivre, les chasser, mais ils s'évanouissent, ils disparaissent; il ne voit plus personne. On lui apporte du vin de palme; il ne veut pas en boire, car on y a jeté du poison. « Le cabri qu'on lui a donné à manger avait le cri d'un rat de la forêt, et portait trois pointes sur la tête. Il n'en a pas voulu, etc... » Paté-Kamara est un milicien originaire du Soudan (Kayes) qui est revenu d'un poste de l'intérieur il y a cinq mois. Il était fort, vigoureux et en excellente santé. Cependant, sa femme, en arrivant à Brazzaville quatre mois après lui, l'a trouvé amaigri, triste, « il a changé de caractère », dit-elle. Autrefois il était bon, toujours calme, actuellement il s'emporte pour rien. se met en colère facilement. Il crie, il est méchant, il a des accès de tristesse et il pleure en gardant le mutisme le plus absolu. Il a de l'amnésie.

Bon soldat, ne se livrant pas à l'alcoolisme, il s'est fait remarquer au camp de la milice par ses allures bizarres et on lui a retiré ses armes.

Le 21 novembre, il fut envoyé dans l'après-midi, à deux heures, à la corvée de bois. A six heures du soir il n'était pas rentré. On l'envoie chercher. Il était là, dans la brousse, le regard fixe. On le ramena. Le 22, l'Européen chargé de la milice, M. K..., lui demanda la raison pour laquelle il n'était pas rentré à l'heure. Il répond avec volubilité en racontant des histoires incohérentes et en parlant de ses campagnes. On lui permet de se retirer dans sa case et il reste sous la véranda jusqu'à l'appel du soir, heure à laquelle, au moment du commandement de : « Garde à vous », il saute sur le sergent en voulant le frapper, puis il se barricade chez lui. M. K... arrive ; se fait ouvrir la porte, et le trouve en grande tenue. Il le fait surveiller. Paté-Kamara présentait alors du tremblement, criait et gesticulait. La crise dura près de trois heures, puis se calma ; vers une heure du matin, il a un nouvel accès ; il veut quitter le camp, il bouscule les hommes de garde, s'empare d'une baïonnette dont il veut

1. V. chapitre II, p. 642.

frapper ses camarades. Il est désarmé, non sans difficultés, car il est très fort et très vigoureux. Conduit au pavillon des aliénés, il reste relativement tranquille, mais le 23 décembre, vers cinq heures du soir, il pénètre dans la case d'un policeman, y prend une baïonnette et se rend au cimetière, où déjà le matin vers six heures il avait enlevé la terre recouvrant une tombe. Il continue son œuvre et met la bière à nu, puis de son arme en transperce de coups le bois et le cadavre. Il fallut cinq hommes et deux agents de police pour le désarmer. Enfermé dans sa cellule, il brise sa porte, et dans la nuit du 26 au 27 décembre, il se rend de nouveau au champ des morts se livrer à une nouvelle scène de vampirisme, avalant quelques parcelles de terre recouvrant le cercueil et essayant, avec une pelle et une pioche, de déterrer un nouveau cadavre. Il agit ainsi comme en état second de somnambulisme, avec une force impulsive qui lui fait perdre complètement conscience de ses actes.

CHAPITRE V

Dromomanie et fugues

L'ambulomanie, signalée, d'ailleurs, dans la plupart des psychoses, et des impulsions à la fugue sont excessivement fréquentes chez les trypanosomés. Ils éprouvent un besoin perpétuel et impérieux de se déplacer incessamment et de marcher, mais leurs promenades, tout au moins au début de leur affection, se produisent avec une conscience et une lucidité plus ou moins grande. Aussi, à notre arrivée au Congo, lors de nos premières observations, nous apparaissait-il comme très explicable et très normal ce va-et-vient de nos malades sur la route, du pavillon, où ils vivaient librement, au marché. Ils s'y rendaient, nous disaient-ils, pour s'approvisionner, echanger leur riz contre du maïs ou du manioc, acheter du poisson, etc. Cependant, plusieurs d'entre eux furent rencontrés à différentes reprises errant inconsciemment au hasard. Notre attention fut attirée et il nous apparut nettement qu'un grand nombre d'indigènes trypanosomés étaient atteints de cet automatisme ambulatoire particulier désigné par le professeur Régis sous le nom de dromomanie [1]. Pour la plupart de nos malades, c'est un état habituel; pour quelques-uns, c'est un état accidentel survenant par accès. Nos trypanosomés sont le plus souvent des dromomanes chroniques ou d'habitude. Les dromomanes aigus ou par accès ne sont pas cependant exceptionnels.

Fano-Ken (obs. 119), ex-garde régional, très amaigri, presque aveugle, est en promenade dès six heures du matin. On ne le trouve à l'hôpital qu'aux

1. Régis. *Précis de psychiatrie*, p. 158.

heures chaudes de l'après-midi. Toute la journée il est dehors. Il passe autour du cou son ancien bissac de milicien et il s'en va. Parfois il se dirige vers le marché pour y faire des achats, prétend-il, mais le plus souvent, il n'a aucun but précis. Quand on le rencontre, au moment où il se met en route, il suffit de l'appeler par son nom pour qu'il revienne sur ses pas et tranquillement il rentre à l'hôpital.

N'Goulou (obs. 220) change constamment de domicile et s'installe successivement dans les différents villages indigènes du périmètre urbain de Brazzaville assez éloignés les uns des autres.

Le jeune Yokodjai (obs. 63), élève de l'école professionnelle de menuiserie aux travaux publics, est en promenade du matin au soir. Le jeune Mamadou-Boussa (obs. 161) est monté une première fois, malgré la défense de son père, à bord d'un bateau jusqu'à Bangui ; une seconde fois, il a quitté sa famille pour aller a pied jusqu'à N'Bamou, et il vient de disparaître pendant huit jours au village bacongo.

Goura-Kamily (obs. 281) est en mouvement perpétuel. Au moment de la visite, elle court d'un malade à l'autre avec force gestes et de grands mouvements de bras.

Lomboutou (obs. 269) se promène partout, sans but. Il marche très vite et semble infatigable. Il rentre à sa case, il chante, il danse, il fait de la musique puis repart.

Soulé (obs. 466), complètement obnubilé, stupide, s'en va lentement en trébuchant, part en promenade, malgré son tremblement, malgré sa faiblessse extrême, malgré la difficulté qu'il éprouve à marcher.

Citons encore le cas de Sorobia (obs. 40), qui, peu de jours avant sa mort, pouvant à peine se tenir debout, est toujours à courir à travers la ville; de Mossolouka (obs. 151), qui, au moment même de son décès survenu en plein marché de Brazzaville, était en promenade malgré son état précaire de santé; de Joseph Amboa (obs. 415), qui fait les cent pas de long en large, « comme le blanc », disent ses camarades; de Kitengué (obs. 318); de Missigui (obs. 257), etc.

Lorsque les malades sont calmes, leurs fugues peuvent passer inaperçues, mais très souvent leurs allures bizarres, leur agitation automatique bruyante et désordonnée, et même violente, les désigne à l'attention de l'observateur.

Linda (obs. 418), Marius Kissaci (obs. 378), N'Goma-Malonga-Noël (obs. 428) et généralement tous les aliénés placés au pavillon spécial sous la surveillance de la police, s'échappent dès qu'ils en trouvent la possibilité. Nous les voyons arriver au laboratoire, gesticulant, réclamant. racontant des histoires qu'il nous faut malgré nous écouter. Parfois, ils

sont furieux. Ils agitent des couteaux. Ils peuvent être dangereux. Ils adressent la parole avec une désinvolture toute spéciale au premier Européen qu'ils rencontrent et ils s'emportent très facilement si on les dédaigne ou si on les renvoie trop brutalement.

Si les fugues des trypanosomés nous semblent, en général, être moins automatiques que celles des épileptiques dont le symptôme le plus caractéristique est l'inconscience absolue, elles peuvent cependant aussi s'accomplir très souvent sous la forme d'une impulsion brusque, instantanée et violente, et dont le malade ne garde aucun souvenir. Il marche au hasard, se livrant inconsciemment sur sa route à des extravagances, à des actes criminels.

La femme Pembé (obs. 421), mariée à un milicien habitant le chef-lieu, a été rencontrée endormie aux environs de Brazzaville, en pleine campagne. Elle ne se souvient nullement de ce fait, disant qu'elle n'avait aucune raison de quitter sa maison. Elle se rappelle seulement, la nuit de sa fugue, avoir beaucoup souffert des piqûres des moustiques.

Pate-Kamara (obs. 422), garde régional, sort brusquement du camp de la milice, tel un automate, bouscule les hommes de garde et s'enfuit dans la brousse. Le lendemain, il a complètement oublié sa fugue.

Manienga Maurice (obs. 139), Bobo (obs. 266), Marius Kissaci (obs. 378), même lorsqu'ils sont surveillés, prennent la fuite; le premier, sans souci de la pudeur, presque complètement nu; le second, très calme et très tranquille, plutôt mélancolique, revenant sur ses pas à l'appel de son nom; le troisième frappant le policeman commis à sa garde quand il veut l'arrêter dans sa promenade. Et c'est véritablement un spectacle peu banal que de voir ce malheureux gardien lorsqu'il nous conduit au laboratoire trois ou quatre de ces individus dromomanes à examiner. Une minute d'inattention et l'un de ses malades est déjà en route vers une destination inconnue; il court à sa recherche, un second se met en marche, et il a à peine ramené les deux premiers que les deux autres sont en fuite. C'est souvent au moment où il s'y attend le moins, quand les trypanosomés paraissent allongés, somnolents, indifférents et tranquilles, que, brusquement, ils se lèvent, et automatiquement s'en vont sans but.

Il semble bien que, chez eux, c'est sous l'empire d'une propension plus ou moins soudaine, qu'arrive ce désir de mouvement.

Victor (obs. 96) est là, calme, attendant le moment où son tour arrivera d'être pesé à la bascule, quand tout à coup il quitte le laboratoire pour aller examiner les travailleurs occupés à une construction voisine. Puis il fait demi-tour, revient s'asseoir parmi ses camarades et, brusquement, se lève pour aller au fond du jardin. Tranquille cinq minutes, il

TRAVAIL DE L'INSTITUT PASTEUR DE BRAZZAVILLE

FIGURE 1

FIGURE 2

FIG. 1 et 2 *(Obs. 422)*: CONFUSION MENTALE AVEC EXCITATION, SUGGESTIBILITÉ ET ATTITUDES CATALEPTOÏDES.

PLANCHE VI

TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA MALADIE DU SOMMEIL
(G. MARTIN et RINGENBACH.)

H. DELARUE & Cie, ÉDITEURS
PARIS.

repart, se promène, revient, toujours agité, toujours en mouvement.

Hospitalisé, il quitte l'hôpital, disparaît deux jours dans un village de la plaine ou dans la brousse, puis, poussé par la faim sans doute, revient à l'heure de la distribution de la ration. Nous le voyons au moment de la visite plusieurs matins de suite, puis il s'échappe.

Tizinga (obs. 267) ne peut non plus rester en place. Il arrive de l'hôpital avec ses camarades. Il patiente quelques minutes. Quand on l'appelle, il n'est plus là. Il est parti. Il reparaît, on l'examine, on note son pouls, son poids, son état de santé ; on lui ordonne d'attendre la fin de la visite pour lui donner une injection d'atoxyl qu'il accepte volontiers et qu'il réclame d'ailleurs. Au moment voulu, il a de nouveau disparu et nous le voyons réapparaître quand nous ne songeons plus à lui.

Ces deux malades sont là, à l'hôpital, calmes, allongés, en pleine période de repos, et brusquement, sans motif semble-t-il, ils se dressent comme un ressort et se mettent en marche. On leur en demande la raison : ils ne savent pas. Ils s'arrêtent, s'asseyent, pour repartir de nouveau quelques instants après. Il semblerait que le simple fait de prendre leur température provoque chez eux l'idée de fugue, car ils se lèvent et s'en vont alors qu'ils étaient paisiblement assis, dès qu'on leur place un thermomètre sous l'aisselle. On les arrête d'un appel, mais s'ils n'entendent pas, ils continuent leur marche, l'instrument sous le bras.

Joseph Kouka (obs. 413) nous était inconnu lorsqu'il apparaît un matin au laboratoire la tête recouverte de fleurs d'ibiscus et de pervenches. A la ceinture du pantalon est placée une masse de verdure derrière laquelle il disparaît. De la main droite, il s'évente d'un mauvais éventail, et, de la main gauche, il tient, appuyée sur l'épaule, sa canne, à l'extrémité de laquelle est suspendue une paire de souliers. Il danse, il chante, il fait des contorsions, puis, tandis que nous examinons le liquide de ponction de l'un de ses ganglions, s'en va. Sa présence est signalée dans les différents quartiers de la ville qu'il parcourt sans se lasser. Le lendemain il revient. On l'interroge. Il se plaint de céphalée. Il demande « du médicament » et tandis que nous préparons notre seringue pour lui donner une injection d'atoxyl, il a disparu. Le lendemain, malgré une tornade violente et un orage épouvantable, il apparaît à trois reprises différentes au laboratoire, trempé par la rafale. Pendant la nuit, il est passé sous nos fenêtres criant et chantant. Il s'est rendu à l'hôpital où il a réveillé et frappé des malades. Conduit au pavillon des aliénés, il s'échappe à plusieurs reprises. On le retrouve déambulant à travers la ville. La manie ambulatoire chez ce malade est donc diurne et nocturne. Elle commence le plus souvent par être diurne chez nos

trypanosomés, pour devenir ensuite nocturne et elle est alors ordinairement d'un pronostic plutôt fâcheux, car cette dernière a été constatée chez la plupart de nos malades quelque temps avant leur mort. De l'observation qui précède, rapprochons celle de Makosso (obs. 454) qui, à une période très avancée de la maladie, se trouvait alité depuis plusieurs jours, quand nous le vîmes une après-midi faire le tour de notre véranda sans dire un mot, se reposer tout à coup et déposer à côté de lui une bouteille d'eau. Notre infirmier lui demande ce qu'il désire. Il se lève sans répondre, reprend sa bouteille et retourne à l'hôpital. Pendant la nuit, il s'échappait et couchait dans la brousse. Un matin, on le trouva mort aux environs de Brazzaville, dans le ravin de la Glacière.

Nous avons eu des cas où la dromomanie était exclusivement nocturne.

Tchibota (obs. 136), malade en très mauvais état, présentant des tremblements, de l'amaigrissement, de la faiblesse généralisée, des troubles visuels, s'aide d'un bâton pour marcher dans la journée. Il avance lentement et péniblement. Dans la nuit, il se lève en sursaut, clame le nom d'un de ses anciens amis et se promène dans les salles au milieu des malades endormis. Il pénètre dans la forêt voisine et on le trouve endormi dans un coin.

En étudiant de près les motifs de ces fugues, on voit que quelques-unes sont produites sous l'influence des idées post-oniriques, ou par la terreur causée le plus souvent par des hallucinations visuelles auxquelles le malade désire échapper.

Ainsi la femme Mavou (obs. 352) à la période ultime de la maladie est ordinairement prostrée et plongée dans un sommeil profond. Elle a des crises d'excitation et de colère pendant lesquelles elle casse tout ce qui lui tombe sous la main : verres, assiettes, etc. Elle voit des personnes mortes qui viennent la tourmenter, l'ennuyer. Elle veut s'en éloigner. Son mari, policeman, l'enferme à clef dans sa maison lorsqu'il est obligé de la quitter, aux heures de service. Or, elle enfonce la porte, s'en va, appelant au secours, effrayée, voyant des démons autour d'elle, et sort toute nue se promener. Des amis la rencontrent, lui donnent un pagne et la ramènent chez elle. Le lendemain, conduite à l'hôpital, elle demande ce qu'elle a fait, pourquoi elle n'est plus chez elle, et quel est l'endroit où elle se trouve! Mavou, hospitalisée, reste dans la journée somnolente et profondément endormie, inerte comme une masse? Tout à coup, brusquement elle se lève, s'en va, marche, tombe, se relève, puis se remet en route. Si on lui demande où elle va, elle s'arrête, l'œil fixe, le visage hébété, en gardant un mutisme absolu... La nuit, elle sort par la fenêtre (la porte étant fermée), sans dire un mot.

Son mari la retrouve quelques jours avant sa mort, en pleine brousse, à deux kilomètres de l'hôpital.

Il nous semble inutile de multiplier ces observations de dromomanie et de fugues. Ces cas très nets permettent de se demander si parmi tous les malades dont nous avons signalé la fuite dans plusieurs rapports précédents, lors de nos diverses statistiques de traitement, plusieurs n'ont pas obéi à cette dromomanie que nous venons d'étudier. Nous mettions sur le compte d'une médication trop longue à supporter, sur les douleurs causées par les injections, sur l'ennui de se présenter très régulièrement à la visite, de nombreuses défections qui, sans doute, doivent être rapportées à ce syndrome spécial. Celui-ci, chez le trypanosomé, réalise deux types principaux : le type impulsif et le type dément.

CHAPITRE VI

Épidémies de folie trypanosomiasique

De diverses régions, très éprouvées par la trypanosomiase humaine, des colons, des fonctionnaires nous avaient déjà signalé une sorte de folie contagieuse sévissant irrégulièrement et tout à fait exceptionnellement d'ailleurs, à certaines périodes de l'année, chez des gens atteints de la maladie du sommeil.

Nous n'avions malheureusement aucun contrôle scientifique de ces faits.

La relation suivante de l'épidémie d'Epéna a plus de valeur, car nous avons pu examiner, à Brazzaville, plusieurs des gens atteints venant de cette localité et qui furent trouvés trypanosomés.

Epéna est un poste de la Likouala-aux-Herbes, situé au milieu de plaines inondées, d'où émergent quelques îlots sur lesquels sont situés les villages. Or, sur le même parallèle — celui de Desbordeville — la maladie du sommeil cause d'énormes ravages depuis deux ans, et il y aurait de véritables épidémies, particulièrement dans la région de Batanga. Le village de Djekenabotolo, excessivement peuplé jadis, diminue d'une manière notable. Nous avons eu des cas provenant de la même contrée, de Bomitaba. Le pays est difficile et pénible à parcourir; M. Roussarie, le chef de poste d'Epéna, avait sous ses ordres cinquante miliciens dont plusieurs se trouvaient dans la région depuis 1904, lorsque, brusquement, parmi eux, en avril et mai de cette année 1909 [1], se

1. En juillet, le calme est revenu « avec la baisse de la température », dit M. Roussarie.

déclarèrent une quinzaine de cas d'excitation cérébrale et même d'aliénation mentale. Il y eut aussi des suicides par pendaison. L'air, surchargé d'humidité et d'électricité, venait de rendre pendant deux ou trois mois la chaleur particulièrement écrasante, très fatigante à supporter. De nombreux orages violents avaient éclaté. La hauteur des eaux inondant les plaines (3 mètres au-dessus du niveau normal) rendait impossible aux indigènes la chasse et la pêche. Les vivres étaient rares. Les habitants abusaient du vin de palme et du tabac, et M. Roussarie, qui avait porté chez quelques-uns de ces gardes le diagnostic de maladie du sommeil, mettait plus volontiers sur le compte de l'alcoolisme et du surmenage du système nerveux que sur cette affection « les nombreux cas de folie contagieuse ».

Les miliciens atteints étaient très facilement irritables, se mettaient en colère pour des motifs futiles, mais quelques-uns qui, d'ailleurs, se plaignaient de céphalée, de douleurs des membres et de la poitrine, se faisaient plus particulièrement remarquer par leurs gestes et leurs discours, par leur tendance au vol. Les querelles, les disputes étaient quotidiennes. Elles se terminaient souvent par des coups de couteau.

L'un avait la folie des grandeurs. Il se croyait un très grand guerrier. Il disait avoir remonté autrefois la rivière à la tête d'une grande quantité de soldats, sur de nombreuses pirogues; il avait tué tous les grand chefs, il avait fait la conquête du pays. Aussi ne se pliait-il pas à la discipline générale, refusant toute obéissance au sous-officier indigène et n'acceptant des ordres que de l'Européen.

Un autre racontait, des nuits entières, ses campagnes avec une loquacité extraordinaire. Il prit sans raison en haine la femme d'un de ses camarades et se précipitait sur elle pour la frapper, chaque fois qu'il avait l'occasion de la rencontrer.

Un troisième, très dévoué, très calme, très froid et très sérieux jusqu'alors, eut tout à coup des obsessions et il rouait de coups sa femme légitime, avec laquelle, jusqu'alors, il vivait en très bonne intelligence.

M. Roussarie, que nous n'avons pu voir que très rapidement à son passage à Brazzaville avant son départ pour la France, nous a raconté les faits précédents en ajoutant qu'il avait failli à cette même époque être assassiné par l'un de ses gardes régionaux. Un soir, il était couché dans sa case, lorsqu'il fut brusquement réveillé de son premier sommeil par des vociférations poussées par l'un des miliciens qui, à 25 mètres de là, racontait des histoires et répétait en s'adressant à lui : « Tu ne m'as pas donné de bons postes... Tu ne m'as pas récompensé suivant mes mérites... Tu n'es pas bon... Aussi, je vais te tuer... » et il s'accompagnait de tels cris que les hommes de garde furent vite à ses côtés pour le forcer à

rentrer. Le lendemain matin, il fut arrêté au moment où il se précipitait, une hachette à la main, pour frapper M. Roussarie, au moment où celui-ci sortait de sa case. Enfermé à la suite de cet acte, cet individu refusa toute nourriture et toute boisson, continua à être surexcité jusqu'à la date de sa mort, survenue quelques semaines après.

En étudiant les faits passés à Epéna, et en les rapprochant des nombreuses observations de monomanie et d'excitation prises au cours de nos tournées comme à Brazzaville, chez les gens trypanosomés, nous devions attribuer à la maladie du sommeil ces cas de folie contagieuse : nous avons assez souvent insisté sur la fréquence des épidémies de case et de famille du Congo français[1] pour que des « épidémies à forme cérébrale » ne puissent nous étonner.

En effet, quatre des hommes qui, à Epéna, s'étaient fait remarquer tout d'abord par leur violence, s'amaigrirent progressivement, perdirent leurs forces, devinrent incapables de rendre le moindre service. Ils furent évacués sur Brazzaville : un prit la fuite ; nous eûmes l'occasion d'examiner les trois autres. Ils étaient trypanosomés (14 août 1909).

Matambi (obs. 347), vingt-cinq ans, originaire des environs de Bangui, après avoir, comme travailleur, séjourné à Loukoléla et Liranga, fut envoyé comme milicien à Bangui, puis à Mongoumba, à Impfondo, et à Loukoléla, d'où il fut dirigé sur Epéna. Il y resta quinze mois.

N'Bodou (obs. 348), de race yakoma, resta trois ans dans la Likouala-aux-Herbes, puis deux ans et quatre mois à Loukoléla, et remonta ensuite à Epéna où il se trouvait depuis six mois.

Tous deux se plaignent d'avoir eu de la céphalée, des vertiges, de la lassitude et de la perte des forces. Ils ont de la tendance au sommeil. Ils présentent de l'œdème sus-orbitaire. L'obnubilation des facultés intellectuelles est profonde. Ils laissent voir de nombreux trypanosomes dans les ganglions axilliaires et cervicaux.

Bobou (obs. 349), originaire des environs de Bania (Haute-Sangha), fut, comme milicien, envoyé à Nola, puis à Ouesso et à Loukoléla. De là, il gagna la Likouala-aux-Herbes, et il était depuis un an à Epéna quand il fut dirigé sur Brazzaville. L'état de ce malade est très avancé. Il accuse de la céphalée depuis trois mois et présente de l'œdème des pieds, des tremblements généralisés, des troubles de l'équilibre qui rendent la marche difficile. Très amaigri (taille, 1 m. 60 ; poids, 48 kilogrammes), il a de l'amnésie. Des trypanosomes sont trouvés dans les ganglions cervi-

1. Gustave Martin, Lebœuf et Roubaud. *La maladie du sommeil au Congo français*, p. 90, 243, etc.; *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, t. I, 1908.)

caux et axillaires, dans le liquide cérébro-spinal (sédiment apparent après centrifugation de 10 centimètres cubes, lymphos nombreux) et aussi à l'examen direct du sang. Il mourut quelques jours après son arrivée à Brazzaville.

L'épidémie d'Epéna nous semble assez facile à expliquer. On ne peut nier une certaine influence du climat et des saisons sur le développement de la folie, et l'on sait que l'action des orages, l'excès de lumière, les chaleurs caniculaires peuvent produire de véritables épidémies de psychoses aiguës. Or, nos trypanosomés d'Epéna ont subi ces diverses influences auxquelles il faut ajouter une alimentation insuffisante et des excès d'alcool. Il y a eu éclosion simultanée par influence réciproque des cas de folie. La contagion mentale a dû s'exercer à la fois sur un grand nombre d'individus atteints de la maladie du sommeil à forme cérébrale et se trouvant dans les mêmes conditions climatériques et de milieu, comme elle peut parfois se limiter à une sphère plus restreinte, à un ménage par exemple.

John (obs. 458), Sierra-Léonais, et sa femme Samou, originaire du Congo belge (environs de Mutadi), se sont infectés, le premier, probablement dans la Sangha ; le second, dans la région du Djoué ? Ils sont tous deux à une période assez avancée de la maladie.

La femme, traitée par le médecin-chef de l'hôpital, après avoir échappé en fin 1908 au traitement, se rendit au Djoué et nous revient en décembre 1909 en très mauvais état. Elle a du tremblement, de l'amaigrissement, des troubles de l'équilibre. La marche et même la station debout sont impossibles. Elle est grabataire. Elle pleure jour et nuit et se trouve très malheureuse, car elle a la manie de la persécution. Elle a des hallucinations et se figure qu' « on veut lui donner à manger du cabri, que la viande de cet animal l'empoisonnera, et lui fera devenir le corps tout rouge ». Elle crie : « Je ne mange pas de cabri !... » et elle répète toujours la même chose. Elle accuse son mari d'être au nombre des individus qui viennent la tourmenter, l'ennuyer. « Il est assez fort, dit-elle, pour les empêcher de venir ainsi tourner autour d'elle ! »

John, son époux, qui présente quelques symptômes de catatonisme, se prétend très fort et très vigoureux malgré une violente céphalée, dont il se plaint depuis un mois et malgré des accès de sommeil assez fréquents. « Ma femme, c'est une sorcière. Elle est la cause de tout mon mal. Je n'étais pas malade. Aussi était-elle très jalouse de ma bonne santé ; elle m'a jeté un sort et maintenant, moi aussi, j'ai du tremblement, je suis comme fou. » Elle est venue pendant mon sommeil. Je l'ai vu s'approcher de moi. Elle m'a tiré les cheveux et m'a frappé sur le crâne. Aussitôt, j'ai

TRAVAIL DE L'INSTITUT PASTEUR DE BRAZZAVILLE

FIGURE 1 FIGURE 2

FIG. 1 *(Obs. 458)*: CONFUSION MENTALE AVEC IDÉES MÉLANCOLIQUES ET HALLUCINATIONS OLFACTIVES.
FIG. 2 *(Obs. 466)*: CONFUSION MENTALE AVEC STUPIDITÉ.

PLANCHE VII

TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA MALADIE DU SOMMEIL
(G. MARTIN et RINGENBACH.)

H. DELARUE & Cie, ÉDITEURS
PARIS.

eu des maux de tête très forts et je me suis senti le corps brisé et sans force. « Personne ne m'aime, tout le monde se moque de moi, même ma femme ! Partout où je vais, chacun rit sur mon passage. On ne veut plus de moi. Mes amis m'ont mis à la porte de chez eux. On ne me donne ni à boire ni à manger ! Je n'ai pas de manioc depuis quatre jours ! Des individus viennent me « tourmenter toutes les nuits et me font tourner ». L'un me recherche depuis longtemps pour me tuer. Il ne m'a pas encore rencontré. Il est loin de Brazzaville. Il ne sait pas où je me trouve, mais le jour où il apprendra mon entrée à l'hôpital, il arrivera ici me couper le cou ! Un autre me pose des ordures dans les cheveux. C'est une mauvaise odeur, épouvantable, quand je passe la main sur la tête, mes doigts sont imprégnés de ce parfum nauséabond. Je suis malheureux de répandre des émanations aussi infectes ! On s'écarte de moi. Je sens moi-même combien dégoûtantes sont les immondices dont mon crâne est couvert. » John gémit : « Ma femme aussi est comme moi. Elle pleure et nous sommes tous les deux très malheureux. Nous n'avons plus d'argent, nous avons tout dépensé. Autrefois j'étais riche. J'avais de beaux vêtements et je n'ai plus rien... »

Dans les chapitres qui précèdent, nous avons passé en revue les troubles mentaux présentés par des *indigènes*, des noirs, atteints de maladie du sommeil. Il nous reste à examiner quelle est la réaction cérébrale des Européens aux colonies et hors des colonies vis-à-vis du poison trypanosomiasique.

CHAPITRE VII

Troubles psychiques et psychoses des Européens trypanosomés

De 1907 à 1909, nous avons pu examiner à notre laboratoire, soit à leur passage à Brazzaville, soit au moment où le diagnostic fut posé par nous, de nombreux Européens trypanosomés[1]. Nous possédons à nos archives leurs observations. Or, dans la plupart d'entre elles, nos camarades des troupes coloniales (Lebœuf et Trautmann, Heckenroth et Ouzilleau) signalent comme nous de la diminution de la mémoire, de la torpeur intellectuelle.

Sur *vingt* Européens trypanosomés, *quatre* seulement, examinés au début de leur maladie, paraissaient être dans un état absolument normal.

Cinq montraient une légère excitation, se prétendaient plus facilement

1. Gustave Martin, Lebœuf et Roubaud. La maladie du sommeil au Congo français. (*Étude clinique de la trypanosomiase*, chap. VI.)

irritables qu'autrefois. Ils étaient, suivant leur expression, « énervés, agacés pour un rien ». L'un d'eux était agité, se plaignait de tout, récriminait à chaque instant, et rendait responsables, tous ceux qui l'entouraient, de son état, de ses insomnies, etc...

Les *onze* autres, visités à des périodes différentes de leur affection, présentaient des troubles très nets du côté de la mémoire, de l'intelligence et de l'affectivité.

M... (obs. 3) était devenu « d'une négligence excessive, aussi bien pour ce qui regardait son métier que pour les soins qu'il se devait à lui-même ».

S... (obs. 4) se rend compte que sa mémoire diminue, que son caractère s'est transformé et qu'il a facilement des accès de mauvaise humeur.

L... (obs. 10) se plaint d'excitation nerveuse, de torpeur intellectuelle. Il ne peut se livrer à certains travaux mathématiques avec autant de facilité que jadis.

C... (obs. 11), facilement excitable, trouve tout effort intellectuel sérieux.

L. T... (obs. 14) se déclare complètement inapte à tout travail pénible. Il a de l'obnubilation cérébrale.

Alb... (obs. 15) accuse un affaissement moral excessivement prononcé. Il est sans énergie aucune. Chez lui, l'inaptitude au travail intellectuel est complète.

St... (obs. 17) ne se souvient plus de ce qui lui a été dit quelques minutes auparavant.

M. D... (obs. 19), a de la perte de la mémoire. A son arrivée en France, il a présenté des troubles mentaux. (Mélancolie, amnésie rétrograde, etc.).

Louis Martin et Darré[1], Nattan-Larrier[2] ont examiné et suivi en France plusieurs de ces malades et ont insisté sur les troubles mentaux qu'ils présentaient.

Nous donnerons des extraits de trois de nos observations dont la dernière, non publiée encore, est la plus intéressante.

1° P... (obs. 6), âgé de trente-deux ans, cliniquement atteint, examiné à Brazzaville avant son départ pour la France en septembre 1907. (Forte auto-agglutination des hématies. Trypanosomes non rares dans

1. Louis Martin et Darré. Formes cérébrales de la maladie du sommeil. (Extrait des *Bulletins et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris,* mars 1909.)

2. Nattan-Larrier et Césary. Maladie du sommeil à forme médullaire. Troubles mentaux et paraplégie guéris par l'atoxyl. (Extrait des *Bulletins et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*) (3 juillet 1908.)

Nattan-Larrier. (*Soc. path. exotique*, Discussion, t. II, p. 482. Séance, octobre 1909.)

les ganglions cervicaux et à l'examen direct du sang. Trypanosomes nombreux et nombreux éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien); mourut peu de temps après son arrivée à Bordeaux.

Ancien télégraphiste militaire, il était en service au Congo comme commis auxiliaire des postes en un poste éloigné sur l'Oubanghi. Plusieurs Européens eurent l'occasion de constater la mauvaise tenue de son habitation, sa négligence extrême. Il se levait à deux heures de l'après-midi, sans se rendre compte de l'heure ni du temps. Il s'étendait sur son lit au milieu des bouteilles et des victuailles de toutes sortes. Il avait de l'amnésie, oubliant complètement la date de départ des courriers laissant même les correspondances en souffrance. Il commettait des erreurs, le plus souvent d'ailleurs à son désavantage, ne tenant aucune comptabilité des timbres-poste qu'il avait en dépôt.

A Brazzaville, il répond avec peine aux questions posées. Les notions de temps et de lieu sont confuses. Il a la parole traînante, faible. Le débit est monotone. Il prononce parfois des mots incompréhensibles et il est incapable d'attention. On obtient difficilement quelques vagues renseignements sur l'adresse de sa famille en France. Il se désintéresse complètement de l'argent qu'il doit toucher, du règlement de sa solde. Apathique, inerte, indifférent, il ne s'inquiète ni de son état, ni de sa situation.

2° Nous retrouvons, dans nos dossiers, des renseignements qui nous furent donnés sur Eugène H... (obs. 8) et qui ne nous paraissent pas inutiles à ajouter à la si complète observation de L. Martin et Darré[1]. H... se croyait persécuté dans le poste éloigné où il se trouvait. Il prétendait avoir été envoyé à Ippy pour prendre la direction de la factorerie. Or, il était placé en sous ordre. Il cria à l'injustice! « Il était, disait-il, le plus ancien... Il avait un séjour colonial antérieur... C'était d'une iniquité sans nom que de l'avoir envoyé dans ces conditions en subordonné là où il aurait dû être le chef! D'ailleurs, on verrait bien à qui l'on avait affaire... Il ne se laisserait pas marcher sur les pieds... Il n'était pas de ces petits employés qui acceptent toutes les conditions de la puissante compagnie concessionnaire à laquelle ils appartiennent!... » Et, irritable, excité très facilement, se créant lui-même des chimères, il proférait des menaces contre son directeur. Il s'apprêtait même un jour à faire feu sur lui quand il fut désarmé.

Ainsi H... nous paraît avoir nettement présenté avec un peu de mégalomanie des idées fixes de persécution.

3° José de M... (obs. 20) jeune Portugais, adressé au laboratoire par le docteur Guilloteau, médecin-chef de l'hôpital, qui avait posé le diagnostic de maladie du sommeil, au point de vue clinique, laisse voir des

trypanosomes dans le liquide céphalo-rachidien, le 1er septembre 1900, et ne présente pas de stigmates syphilitiques. Il n'a pas de goût à l'ouvrage et ne peut se livrer à aucun travail manuel ou intellectuel. La moindre lecture le fatigue, notre interrogatoire lui est pénible. Il n'a plus, dit-il, de mémoire, il oublie les commissions dont il est chargé. En cours de route, il se trompe de chemin, il ne sait plus ce qu'il doit faire, ni où il doit se rendre. Il est obligé d'inscrire sur un carnet les ordres verbaux qu'on lui donne. Cette amnésie est caractéristique. Ainsi, il se rappelle bien être venu la veille nous voir au laboratoire, mais il ne sait plus ce qu'il a fait ensuite, dans l'après-midi, ni dans la soirée, ni même s'il a mangé. Il y a chez lui amnésie de fixation. Il y a aussi amnésie lacunaire. En effet, le premier jour où il est examiné et interrogé par nous, nous lui déclarons, avec les ménagements d'usage, avoir trouvé des trypanosomes dans son liquide céphalo-rachidien. Nous lui demandons s'il peut nous donner des renseignements sur la façon dont il croit avoir été contaminé, s'il se souvient avoir été piqué par des tsés-tsés. Il nous raconte qu'il a vécu très longtemps à San Thomé où il se livrait à des travaux agricoles, surveillant les noirs dans les plantations de caféiers et de cacaoyers, qu'il a vu plusieurs cas de maladie du sommeil parmi les manœuvres recrutés aux environs de Saint-Paul-de-Loanda et placés sous ses ordres. Il n'oublie qu'une chose, c'est de nous dire qu'il a été infirmier pendant trois ans et demi à l'île du Prince et que là, en 1907, on a trouvé chez lui des trypanosomes à l'examen direct du sang recueilli par piqûre du doigt. Le lendemain, seulement, nous apprenons de lui qu'il a eu à cette époque de la céphalée, de la faiblesse généralisée et qu'il a reçu sept injections d'atoxyl.

José a oublié beaucoup d'événements de sa vie passée. Certains détails lui échappent dont il voudrait pouvoir se souvenir.

Il se rend compte qu'il n'est plus le même qu'autrefois. « Il a beaucoup changé, dit-il. Il ne s'exprime plus ni aussi facilement, ni aussi bien. » Dans la conversation, il saute rapidement d'une idée à l'autre. Il est obligé de chercher ses mots, ses phrases. Son caractère s'est modifié; joyeux et gai jadis, il est actuellement très triste; il reste des heures entières dans un coin sans parler. Il pleure et, cependant, il est devenu indifférent, il ne pense plus à sa famille, ni à sa femme, ni à ses trois enfants. Il se moque de tout, rien ne l'intéresse. Très irritable, il est toujours prêt à se battre, et il se méfie de ses meilleurs amis. « Il n'a pas de bons jugements. Il ne lui vient à l'esprit aucune idée bonne, il n'en a que de mauvaises », dit-il.

Sans cause apparente, il a des *impulsions motrices* à se lever, à se mettre en marche. Il rencontre des camarades, il leur cause longuement

sans avoir rien à leur dire, il arrête même des inconnus, pose des questions bizarres, puis reprend son chemin. Il causerait, prétend-il, aussi bien au Gouverneur général s'il avait l'occasion de le rencontrer, qu'à notre infirmier.

Il n'a pas de troubles de la parole.

Le jour, quand il dort, et la nuit, il rêve de bataille d'animaux fantastiques qui volent, rampent autour de lui, l'entourent et veulent le dévorer. Tantôt, il est environné de flammes. Tantôt, il se trouve sur des sommets d'où il tombe. Ces cauchemars sont pénibles et lui causent de l'insomnie. Le sommeil est meilleur dans la journée. Même, s'il ne dort pas, en plein midi, il a des hallucinations auditives. Il entend son nom. On l'appelle « José ! Venez ! » et il se lève.

Ces renseignements sont corroborés par les chefs des maisons de commerce où José a été employé.

José aurait reçu une parfaite éducation et une solide instruction à Lisbonne où il avait suivi des cours au séminaire et au lycée. Pour des raisons particulières d'ordre intime, il était venu au Congo et il avait laissé, comme infirmier, un très bon souvenir à l'île du Prince. Les renseignements recueillis sur lui étaient excellents, il était intelligent, il remplissait parfaitement les fonctions de comptable. Cependant, dès son arrivée à Brazzaville (juillet 1909), ses patrons remarquent qu'il fait des erreurs dans les écritures et dans les comptes. Ces erreurs augmentèrent et se renouvelèrent progressivement, très rapidement. Il finit par se tromper dans les plus petits calculs. Lui qui connaissait parfaitement l'orthographe fait des fautes grossières, remplace les *ph* par des *f*, supprime les *h* au commencement des mots. Le premier livre de comptabilité qu'on lui mit entre les mains fut tenu sans ordre et fut immédiatement couvert de taches, de tant de mots rayés nuls, qu'il fut impossible de s'en servir au moment de l'inventaire. Devant ces faits, on mit José à la factorerie pour débiter la marchandise, mais il se trompait de prix; il voyait bien les étiquettes indiquant le chiffre d'achat et celui de vente, mais il n'y prêtait aucune attention. Il vendait des étoffes soit à des prix dérisoires de bon marché, soit à des taux très élevés. Les clients étaient étonnés des différences de valeur d'un même objet demandé à quelques jours d'intervalle.

José raconte des histoires extraordinaires, parle beaucoup, invente des faits qu'il croit et qu'il prétend véridiques. Il les expose avec un tel accent de vérité et avec tant de détails nets et précis qu'il impose la conviction à son patron. Celui-ci se fâcha même avec un de ses meilleurs amis, commerçant également, que José prétendait *avoir vu*, surveillant

l'entrée des clients, venant épier et écouter ce qui se passait à la factorerie où il travaillait.

Devant les reproches de son chef quand on lui disait : « Vous avez dit ceci..., cela » José prenait un air étonné, calme : « Moi ! Non ! Vous vous trompez ! Je n'ai jamais avancé pareille chose ! C'est vous qui avez mal compris. »

José se promène beaucoup, sans but, sans savoir où il va.

Son patron lui donne les papiers nécessaires pour des achats importants et pour un règlement de factures chez un client. Il part, revient, assurant que tout le nécessaire a été fait. « Vous avez bien remis les factures ? — Parfaitement, répond José. — Alors, l'affaire est terminée. — Très certainement. » Or, quelques instants après on voit, sortant de l'une de ses poches, tous les papiers qu'il devait remettre !

Des observations précédentes nous ne doutons pas qu'il faille rapprocher de nombreux cas d'Européens qui nous ont été signalés dans différents coins de la brousse, comme se livrant à des actes extravagants et fous, ou même criminels. Les détails si complets donnés sur leur genre de vie, sur le caractère impulsif de leurs crises furieuses, nous permettent de poser rétrospectivement le diagnostic de maladie du sommeil. Nous avons vu, peu après notre installation au Congo, un Européen arrivant à pied d'un poste de la brousse éloigné et à peine vêtu, ignorant comme il avait vécu, depuis de longues semaines. Il devait être trypanosomé. Il mourut quelques jours après son arrivée au chef-lieu sans que nous ayons pu lui pratiquer d'examen bactériologique. Il était d'ailleurs difficile d'insister sur la nécessité de répéter des examens du sang ou des ganglions, sur l'utilité d'une ponction lombaire, car, à nos débuts à Brazzaville, on nous accusait de voir partout de la maladie du sommeil. Nous n'avons certainement pas posé le véritable diagnostic chez divers sujets qui, judicieusement suivis pendant quelques semaines, auraient laissé voir des parasites.

Beaucoup de ces étiquettes « congolite », « accès pernicieux cérébral », « insolation », « coup de chaleur », doivent être des cas d'aliénation mentale chez des Européens trypanosomés. Il n'est pas inutile d'appeler l'attention des jeunes médecins coloniaux sur leur fréquence au Congo.

Les troubles psychiques observés chez les blancs atteints de maladie du sommeil sont les mêmes que chez les indigènes, mais le fond mental puéril de ces derniers marque d'un cachet très spécial leurs conceptions délirantes, imprime à leurs hallucinations, à leurs actes, une note enfan-

tine qui leur donne un caractère particulier très différent de celui des Européens trypanosomés; on peut le remarquer facilement dans leur délire des grandeurs.

CHAPITRE VIII

Anatomie pathologique. — Diagnostic. — Pathogénie. — Pronostic et traitement. — Isolement. — Assistance médicale des aliénés trypanosomés.

Les travaux d'Annibal Bettencourt, Ayres Kopke, Gomez de Rezende et Correa Mendes[1], de Mott,[2] de França et Marck Anthias[3], de Spielmeyer[4] ont défini les lésions anatomo-pathologiques de la maladie du sommeil. Quoique n'ayant rien à ajouter aux recherches de ces savants, nous croyons utile de donner le résultat de ponctions lombaires pratiquées chez un certain nombre de malades du sommeil présentant des troubles psychiques. D'autre part, un de nos déments, Linda, dont le nom revient plusieurs fois au cours de ce travail, étant décédé, nous avons pu faire son autopsie et prélever des fragments d'organes qui nous ont permis de faire un examen histo-pathologique dont nous donnons les résultats[5].

Examen du liquide cérébrospinal. — Nous avons toujours relevé une

1. Annibal Bettencourt, Ayres Kopke, Gomez de Rezende, Correa Mendes. Rapport présenté au ministre de la marine et des colonies par la mission envoyée en Afrique occidentale portugaise. Lisbonne, 1903.

2. F. W. Mott. Observ. on the brains of men and animals infected with various forms of tryps. (*Proc. Roy. Soc. Biol. series*, t. LXXVI, 28 juin 1905, p. 235-242.) The microscropic changes in the nervous system in a case of chronic dourine or mal de coit and comparaison of the same with those found in sleeping sickness. (*Proc. Roy. Soc. Biol. Series*, t. LXXXVIII, 23 juillet 1906, p. 1-12.)

Histological observations on sleeping sickness and others trypanosome infections. (*Sleeping sickness Comm. of the Roy. Soc. Report*, n° 7, 15 décembre 1906.)

Histological observ. on the changes in the nervous system in trypanosome infections. (*Arch. of neurol.*, t. III, 1907.)

3. França. *Comptes rendus*, *Société de biologie*, 1902. — França et Marck Anthias. Leçons histologiques sur la maladie du sommeil. (*Arch. Hyg. Path. exot.*, Lisbonne, décembre 1906.) (*Archivos do réal Instituto Camara Pestana*, t. I, 1907, p. 337.)

4. Spielmeyer. Schlafkrankheit und progressive paralysie. (*Munch. med. Woch.*, 1907, n° 22.) (*Die Trypanosomenkrankheiten und. ihre Beziehungen zu den syphilogenen Nervenkrankheiten.* Iéna, G. Fischer, 1908.)

5. Remercions ici M. le professeur Verger de son excellent accueil à son laboratoire de Bordeaux, et son élève M. Pichon de l'École de service de santé de la marine auquel nous devons la planche ci-jointe.

lymphocytose intense du liquide cérébro-spinal chez nos malades atteints de troubles mentaux, alors qu'au début de leur affection nous n'avions constaté qu'une lymphocytose plutôt faible. Le sédiment de centrifugation contient, à côté de lymphocytes, une forte proportion de grands mononucléaires.

Nous devons cependant faire remarquer que le nombre d'éléments cellulaires n'augmente pas spécialement avec l'apparition des troubles psychiques, mais croît avec la marche de la maladie comme nous avons pu le constater chez un grand nombre de malades ne présentant pas dans leur symptomatologie de troubles cérébraux.

Anatomie pathologique macroscopique. — L'autopsie de Linda ne nous a permis de noter comme lésions anatomo-pathologiques macroscopiques qu'une forte congestion des méninges avec de légères adhérences.

Anatomie pathologique microscopique. — L'examen de fragments de cerveau et de cervelet montre une infiltration cellulaire périvasculaire des vaisseaux pie-mériens et des vaisseaux de la substance nerveuse. Cette infiltration, très légère dans le cervelet, est assez intense dans le cerveau; les vaisseaux sont engainés d'un manchon formé de petits leucocytes mononucléaires, surtout de lymphocytes, et de quelques *Plasmazellen*, dont certaines sont altérées : noyau plus ou moins fragmenté, pigment jaune parfois abondant. On relève aussi, au sein de la substance nerveuse, la présence de quelques *Plasmazellen* accompagnées d'hématies.

La paroi de la plupart des vaisseaux est altérée : elle est très épaissie du fait de l'augmentation de volume des cellules endothéliales qui obturent parfois la lumière du vaisseau. Quelques gaines vasculaires, au contraire, sont dépourvues d'une grande partie de leurs cellules endothéliales.

Nous n'avons pas trouvé de ces cellules désignées par Spielmeyer sous le nom de *Stoebchenzellen* et de *Gitterzellen*, et dont la présence dans les parois vasculaires a été confirmée par Brochard[1].

La plupart des cellules nerveuses ont des lésions diffuses; les unes sont chromatolysées, le noyau est excentré; dans beaucoup, on n'aperçoit plus que les nucléoles; d'autres montrent une achromatose généralisée du protoplasma et du noyau. Dans le cervelet, les cellules de Purkinje sont en chromatolyse diffuse, leur noyau est assez visible. Toutefois, en ce qui concerne les lésions des cellules nerveuses que nous venons

1. V. Brochard. Un cas de diagnostic rétrospectif de la maladie du sommeil. (*Bull. Soc. pathol. exot.*, 1909, p. 40.)

TRAVAIL DE L'INSTITUT PASTEUR DE BRAZZAVILLE

PLANCHE VIII

Maladie du sommeil : Infiltration périvasculaire chez un malade atteint de confusion mentale avec excitation

TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA MALADIE DU SOMMEIL

(G. MARTIN ET RINGENBACH)

H. DELARUE, ÉDITEUR
PARIS

d'énumérer, nous devons faire des réserves, les pièces anatomiques ayant été prélevées et fixées environ six heures après la mort, et par une température assez élevée.

Les lésions de la moelle se réduisent à un très léger épaississement de la pie-mère avec infiltration périvasculaire de ses vaisseaux.

On ne remarque aucune altération des fibres nerveuses.

Les lésions anatomo-pathologiques que nous venons de décrire sont bien celles qui ont été définies par Mott, Annibal Bettencourt et Ayres-Koker, França, Spielmeyer, et Brochard, comme lésions histologiques de la maladie du sommeil. Cependant, nous devons faire remarquer, ce que Mott, França et Marck Anthias, Spielmeyer ont mis en évidence, que ces lésions figurent au nombre des lésions histopathologiques trouvées dans la paralysie générale. Ce fait corrobore une fois de plus les rapports entre les troubles psychiques de la maladie du sommeil et de la paralysie générale, sur lesquels nous avons déjà insisté au cours de ce travail.

Diagnostic et pathogénie

Les psychoses que nous avons observées chez les indigènes atteints de la maladie du sommeil nous paraissent, sans aucun doute, dues à l'infection trypanosomiasique, à l'action directe du poison sur les cellules nerveuses corticales; mais chez nos trypanosomés, comme dit Jacquin des syphilitiques : « Il n'y a pas unitoxie mais polytoxie. A côté du poison spécifique, il faut tenir compte d'auto-intoxications. Les reins, le foie, l'intestin, la peau fonctionnent mal chez ces infectés. Ils font d'abord de la mauvaise chimie élémentaire, puis sont soumis à des intoxications secondaires qui aboutissent à des modifications humorales. »

Les psychoses des diverses maladies infectieuses chroniques se ressemblent et produisent des troubles similaires ne différant que par le degré d'intensité et par quelques-uns de leurs caractères. Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que l'aliénation mentale trypanosomiasique se rapproche de l'aliénation mentale syphilitique. On sait d'ailleurs combien de points communs possèdent la trypanosomiase et la syphilis. Depuis les découvertes de Schaudinn, on admet une parenté étroite entre le treponema pallidum et le trypanosome; ces deux agents peuvent déterminer, par leur action sur les méninges, une symptomatologie clinique assez semblable. Les accidents cérébraux dus à l'infection trypanosomiasique sont plus précoces que les accidents cérébraux d'origine syphilitique : ils apparaissent généralement dans les premières années du début de la maladie; leur évolution est aussi plus rapide. Ici et là, nous retrouvons pour type clinique fondamental, de la confusion mentale à forme

pseudo démentielle, avec les variétés dépressives ou expansives reposant sur un fond d'hébétude très marqué, mais l'existence des troubles nerveux spéciaux aux lésions syphilitiques, les paralysies oculaires, les lésions cutanées, l'influence favorable du traitement spécifique feront écarter le diagnostic de trypanosomiase.

C'est principalement avec la paralysie générale que les troubles mentaux d'origine trypanosomiasique offrent les plus grandes analogies. Ici et là, le symptôme psychique essentiel et fondamental est, en effet, l'affaiblissement intellectuel progressif. Il ne fait jamais défaut : la diminution de la mémoire est évidente, et l'amnésie, aussi bien des faits récents que des faits anciens, est caractéristique.

Dans l'une et dans l'autre affection, l'attention, la réflexion, la volonté s'émoussent de plus en plus, et nous retrouvons la même inconscience, la même indifférence, et malgré les moments d'excitation, les variations d'humeur, la même passivité. Nous avons décrit chez nos trypanosomés des états maniaques avec délire des grandeurs, des états mélancoliques, de la folie à double forme, de la confusion mentale avec délire onirique, stupidité et état catatonique, des hallucinations, des impulsions. Tous ces types de syndromes s'observent également dans la paralysie générale avec les même caractères communs d'absurdité, de mobilité, de contradiction, d'incohérence.

La trypanosomiase humaine comme la paralysie générale paraît être une maladie toxique, à la fois dans son origine, dans ses manifestations et dans ses lésions. L'intoxication produite par le *tryp. gambiense* est l'élément pathogénique principal de l'aliénation mentale trypanosomiasique, mais ce n'est sans doute pas le seul, et il peut également agir indirectement par voie de conséquence. L'aliénation mentale trypanosomiasique serait comme la paralysie générale une maladie post-infectieuse, post-toxique, paratoxique. Les conceptions de Kræpelin ont rapproché la paralysie générale du myxœdème. Régis et Gaide [1], Briquet d'Arméière [2], Mongour [3], Lorand [4] ont établi des rapports entre le myxœdème et la maladie du sommeil. Dès 1898, Régis faisait de cette affection une maladie toxi-infectieuse grave terminée par méningo-encéphalite.

1. Régis et Gaide. Rapports entre la maladie du sommeil et et le myxœdème. (*Presse médicale*, 1898, p. 193.)

2. Briquet. Rapports entre la maladie du sommeil et le myxœdème. (*Presse médicale*, 1898, p. 193.)

3. Ch. Mongour. Maladie du sommeil et myxœdème. (*Presse médicale*, 1898, p. 172.)

4. Lorand. Myxœdème et maladie du sommeil. (*Presse médicale*, 1905, 6 décembre.)

Avant nous, déjà, Mott et Spielmeyer, França et Marck Anthias et de nombreux auteurs avaient signalé les rapports entre la maladie du sommeil et la paralysie générale. Notre étude des symptômes dans ces deux affections corrobore cette opinion. Les troubles psychiques de la démence trypanosomiasique et de la démence paralytique offrent toute une série de particularités communes.

Il existe donc un type de pseudo-paralysie générale trypanosomiasique et le tableau clinique paraît dans certains cas si exactement semblable, la description du paralytique général à la période terminale serait si bien à calquer sur celle du trypanosomé dément et gâteux, que l'erreur de prendre l'un pour l'autre, serait très excusable : mêmes attitudes, mêmes actes extravagants et variables, mêmes états maniaques, mélancoliques ou mélancolico-maniaques, même délire des grandeurs, mêmes genres de vol, niais et ridicules. Il n'est pas jusqu'au tremblement très fréquent de la langue et des mains, à l'incertitude des mouvements, aux crampes, aux spasmes, aux contractures et aux troubles de la parole et des sens, à l'excitation générale, que nous avons pu observer chez plusieurs de nos trypanosomés, qui ne permettent de rapprocher leur état de celui des paralytiques généraux. Enfin, chez les uns et chez les autres existe une période médico-légale prodromique. Cependant, nous n'avons jamais noté de troubles pupillaires dans la trypanosomiase : les réactions sont normales, il n'y a pas de signe d'Argyll-Robertson [1] et la marche des accidents mentaux est beaucoup plus rapide dans cette affection que dans la maladie de Bayle. La maladie du sommeil se différencie, enfin, de la paralysie générale par un de ses symptômes les plus caractéristiques, qui a donné son nom à cette affection, le sommeil.

Cependant, parfois, la trypanosomiase peut se terminer par la mort sans avoir donné lieu aux symptômes caractéristiques de la maladie et nous avons vu des sujets chez lesquels les crises de somnolence étaient remplacées plus ou moins régulièrement par des crises d'excitation et de colère et réciproquement, Christy [2] a également signalé, au Congo belge, des cas où la tendance au sommeil manquait tout à fait et où existait un état d'hébétude et d'apathie s'accompagnant d'accès délirants.

L'état mental des trypanosomiasiques est également à rapprocher de

1. L'absence du réflexe pupillaire n'est, dans la maladie du sommeil, d'aucune indication clinique : ce symptôme, quand il existe, n'apparaît guère généralement que quelques jours avant la mort. On ne peut le comparer au signe d'Argyll-Robertson.

2. Christy. The epidemiology and etiology of sleep. sickness. (*Royal Soc. Report of the sleep. Sickn. Comm.*, nov. 1903.)

celui des épileptiques : des mouvements d'irritabilité, des rêves terrifiants se retrouvent chez ces deux catégories de malades qui commettent des actes instinctifs, automatiques et inconscients (attentats, fugues, vagabondage, etc.) La fureur des trypanosomés est tout à fait comparable à celle des épileptiques. Beaucoup de trypanosomés ont d'ailleurs des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne.

Des troubles précurseurs des auras psychiques, appréciés par le malade lui-même, viennent parfois, chez ceux-là comme chez ceux-ci, signaler une crise prochaine de violence. Consécutives à l'accès chez les uns comme chez les autres prédominent l'amnésie (amnésie antérograde ou de fixation, amnésie rétrograde, amnésie retardée) et la torpeur psychique.

La démence paralytique, la démence épileptique et la démence trypanosomiasique peuvent donc revêtir de plus ou moins près les mêmes aspects et le diagnostic est parfois difficile. Il n'y a là rien d'étonnant puisque ces malades ont tous des lésions de méningo-encéphalite diffuse et cela est une nouvelle preuve en faveur de cette tendance à voir dans la méningo-encéphalite diffuse, non plus une complication de vésanie, non plus une vésanie, non plus même une maladie cérébrale quelconque, mais une maladie toxique généralisée de l'organisme avec action élective du poison sur le cerveau (Régis).

La démence trypanosomiasique demande également à être distinguée de la démence alcoolique. Le délire alcoolique hallucinatoire pourra d'ailleurs, surtout chez des Européens, être surajouté à une trypanosomiase, mais les alcooliques ont plus souvent des idées mélancoliques et de persécution, l'effondrement de l'intelligence est chez eux moins profond, leur état est stationnaire et peut même s'améliorer. Le liquide céphalo-rachidien ne présente pas ordinairement de lymphocytose. Dans tous les cas délicats ou difficiles, il faut rechercher le trypanosome et sa présence rendra le diagnostic indiscutable.

En présence de symptômes nerveux, d'excitation cérébrale, de troubles mentaux chez les indigènes comme chez les Européens ayant séjourné dans les régions tropicales africaines, on devra toujours songer à la trypanosomiase. Le flagellé devra être recherché systématiquement chez tous ces individus avant de conclure à leur responsabilité. Le diagnostic clinique n'est pas toujours facile à poser, car parfois les accidents éclatent brusquement chez des individus en état apparent de bonne santé. Cependant, la présence d'érythèmes, la douleur au choc chez les Européens, la teinte terreuse des cheveux, chez les indigènes, la céphalée,

l'adénopathie, l'autoagglutination des hématies, chez les uns et chez les autres, seront des indications précieuses.

Les trypanosomes peuvent être rencontrés très souvent dans le sang même à l'examen direct ou dans les ganglions, et il n'est pas rare de les y trouver très facilement. Presque tous nos aliénés ont été reconnus parasités par ces simples procédés sans que nous ayons été obligés de recourir à la ponction lombaire. On comprend, d'ailleurs, sans qu'il soit besoin d'insister, combien il serait difficile, le plus souvent, de pratiquer cette dernière chez des individus excités et agités. D'ailleurs, la recherche des parasites dans le liquide céphalo-rachidien est fréquemment négative ; et quand nous y avons vu des trypanosomes, après centrifugation de 10 cm^3 de liquide, ils étaient le plus souvent excessivement rares au milieu de nombreux lymphocytes, de gros mononucléaires et d'éléments mûriformes. Cependant, l'examen du culot de centrifugation est très important, car malgré l'absence des flagellés, la constatation de ces différents leucocytes anormaux permet d'asseoir le diagnostic.

Il faut alors s'armer de beaucoup de patience et répéter les recherches jusqu'à ce que la présence du trypanosome vienne lever tous les doutes.

Le diagnostic sera tout particulièrement délicat lorsque, sur le fond démentiel trypanosomiasique, viendront se greffer des troubles mentaux dus à une affection intercurrente telle que l'alcoolisme ou la syphilis et des examens multiples nécessiteront toute la sagacité de l'observateur.

Évolution, pronostic et traitement.

Dans notre étude clinique de la trypanosomiase [1], l'un de nous, avec le docteur Lebœuf, a décrit dans la maladie du sommeil une phase d'incubation, une phase d'invasion, une phase d'état avec trois périodes (première période de début, deuxième période d'état, troisième période terminale) et a signalé les troubles psychiques correspondant surtout à la deuxième et à la troisième période [2]. Ce sont ces mêmes divisions que nous retrouvons dans la paralysie générale. Envisagée au point de vue clinique, celle-ci comprend quatre périodes successives : 1° période préparalytique (incubation et invasion); 2° période de début; 3° période d'état; 4° période de terminaison (Régis).

Dans la maladie du sommeil, il existe, comme dans la paralysie générale et la démence précoce, une période médico-légale prodromique pendant laquelle des actes délictueux peuvent être commis, alors que rien

1. Gustave Martin, Lebœuf et Roubaud. *La Maladie du sommeil au Congo français* (Masson, 1909). *Étude clinique de la maladie du sommeil*, p. 302-316.
2. *Ibid*, p. 302, 312, 313.

ne trahira encore, semble-t-il, l'action des trypanosomes. Souvent, les troubles mentaux sont les signes révélateurs de la maladie et ils surviennent au moment où la santé paraît encore, pour un observateur non prévenu, parfaite en apparence.

Dès la période de début, le malade, l'Européen surtout, a des accès de tristesse, s'irrite facilement; neurasthénique sans énergie, il accuse de l'inaptitude à tout travail sérieux. « Les noirs perdent la gaieté qui caractérise leur race, tandis que s'accentue ce penchant à la rêverie qui est aussi un de leurs stigmates ethniques » (Mense). La céphalée, l'hypertrophie ganglionnaire, la fièvre le soir, l'hyperesthésie profonde, l'insomnie, les œdèmes, etc., accompagnent ces symptômes psychiques.

L'affaiblissement de l'intelligence est le signe capital qui marque la seconde période. La figure du trypanosomé prend alors une expression d'hébétude prononcée que l'on reconnaît toujours immédiatement dès qu'on a pu la voir une première fois. Le malade se désintéresse de ce qui l'entoure et peut présenter des états maniaques délirants caractéristiques des obsessions et impulsions, des troubles cérébraux et mentaux s'accompagnant de tremblement fibrillaire de la langue et des mains, de troubles de l'équilibre et de la marche, de spasmes, de contractures, de troubles visuels, etc...

Dans la troisième période (période de terminaison), la physionomie du malade exprime la démence la plus complète. Les tremblements, les contractures sont acccentués, la torpeur est invincible, l'amaigrissement est considérable. Le sujet squelettique devient gâteux, grabataire. L'issue fatale a lieu soit par le fait d'une complication, soit à la suite d'un ictus épileptiforme ou aplopectiforme, soit par les progrès mêmes de déchéance.

Les troubles cérébraux et mentaux dans la maladie du sommeil sont d'un pronostic grave et le délire aigu est l'indice d'une fin prochaine.

Le traitement général de l'aliénation mentale trypanosomiasique sera le même que celui de l'affection qui a produit les troubles psychiques et l'atoxyl reste le médicament de choix. Il sera associé à l'orpiment, à la solution de Löffler. Il est assez facile de pratiquer des injections sous-cutanées même à des agités et à des excités; cependant, l'état spécial de nos malades nous a empêché de faire chez eux des séries d'injections intraveineuses d'émétique.

Les individus qui ne présentent qu'une obnubilation intellectuelle peu profonde voient leur torpeur diminuer sous l'influence du traitement qui améliore également l'affaissement moral et l'excitation nerveuse.

Dans les formes à manifestations cérébrales graves, l'action du médi-

cament est plus limitée ; beaucoup de malades restent jusqu'à leur mort emportés et violents et même torturés par des hallucinations ou par des idées fixes, malgré des injections régulières d'atoxyl. Des améliorations ont bien lieu, mais très passagères.

Ainsi Kinga (obs. 72), du 23 septembre 1907 au 3 août 1909, date de son décès, reçoit :

10 gr. 25	d'atoxyl	de septembre à décembre 1907, par doses de 0 gr. 50, 0 gr. 75 et 1 gramme.
15 gr.	—	de janvier à juin 1908, par doses de 0 gr. 50 et 0 gr. 75.
19 gr.	—	de juin à décembre 1908, par doses de 1 gramme.
12 gr.	—	(en association avec de la solution de Löffler) de janvier à juillet 1909, par doses de 1 gramme et 1 gr. 25.

Son état est resté stationnaire. Ambulomane, facilement irritable, il a toujours été agité et ses facultés mentales ont toujours laissé à désirer. Au début, il survint un peu de calme chez lui dans la journée, les nuits seules furent agitées.

Manienga Maurice (obs. 139) est trouvé trypanosomé le 24 avril 1908 par le docteur Lebœuf. (Physionomie hébétée et ironique. Une ou deux fois par minute, un rire ironique et silencieux s'épanouit sur la figure du malade, dure sept à huit secondes, puis disparaît. Manienga reste indifférent à ce qui l'entoure. Sa mémoire le sert très mal. Il répond cependant sans retard apparent aux questions posées, mais le plus souvent absolument à côté de la question.)

Du 24 avril au 22 août 1908, il reçoit 9 gr. 25 d'atoxyl en injections de 0 gr. 75, puis de fin octobre 1908 à juin 1909 10 grammes d'atoxyl en injections de 1 gramme. Il semblait amélioré lorsque le 12 juin il apparaît au laboratoire couvert d'une coiffure ornée de plumes, porteur d'un panier dans lequel se trouvaient au milieu de chiffons immondes des bananes qu'il voulait vendre. Excité et gesticulant, il demande un fusil pour tuer sa femme envers laquelle jusqu'alors il s'était toujours montré très doux et très aimable. Depuis cette époque, son état mental n'a fait que s'aggraver.

Nous avons, cependant, obtenu la guérison de l'excitation maniaque chez Samba Taraoré (obs. 301), chez N'Goma Joseph (obs. 101), des hallucinations auditives chez la femme Pembé (obs. 421), mais il sied d'être modeste, car nous avons observé des rechutes chez des malades que nous pensions guéris.

Dans un certain nombre de cas, on peut assister à la disparition des accidents mentaux, alors que les trypanosomes persistent.

Le traitement précoce parvient à diminuer la fréquence des cas d'alié-

nation mentale chez les trypanosomés, il n'empêche pas toujours l'explosion des accidents cérébraux à grands fracas.

Assistance médicale. — Isolement

L'assistance médicale des aliénés, dont la trypanosomiase fournit un si large contingent au Congo, serait à organiser sur toute l'étendue de notre colonie.

Cette question a été l'une des principales préoccupations de M. le Directeur du service de santé du Congo, le docteur Clouard. Elle a fait l'objet de plusieurs de ses rapports, et c'est une occasion ici de le remercier de la grande bienveillance qu'il nous a témoignée et des preuves qu'il nous a données bien souvent de tout l'intérêt qu'il attachait à nos études et à nos recherches.

Dans les villages indigènes, les déments sont un sujet de crainte et de terreur. Les moins fous sont considérés comme des possédés du démon auxquels on a jeté un sort ! Les autres, excités ou méchants, sont enfermés dans une case ou attachés à un poteau et laissés le plus souvent sans soins.

Nous avons insisté sur la fréquence des hallucinations, des impulsions, des idées de persécution et des différents états psychopathiques dangereux chez les malades du sommeil. Il est absolument nécessaire de recourir à l'internement dans tous les cas où il existe une tendance évidente à des actes nuisibles, mais l'isolement des trypanosomés ne doit pas être considéré comme une simple mesure de nécessité. Bien compris et bien pratiqué, il peut devenir un adjuvant à la médication générale de la trypanosomiase et être un précieux moyen de traitement. Entre les mains d'un médecin connaissant à fond ses malades et s'intéressant particulièrement à leur état, il donne d'excellents résultats. Il faut soustraire, en effet, le trypanosomé à l'influence du milieu dans lequel il vit ordinairement. On évitera, ainsi, de nombreuses crises de fureur provoquées par les moqueries, par les taquineries des camarades ou des voisins qui ne remarquent l'état particulier du pauvre dément que pour le railler et pour en rire. On doit pouvoir assurer le service des aliénés par des infirmiers indigènes ayant reçu une éducation spéciale, et il ne faut pas employer des surveillants ou des manœuvres quelconques qui ne sauront pas supporter les grossièretés des malades, heurteront leurs conceptions et leurs illusions, et auront toujours une tendance à employer vis-à-vis d'eux un système de violence inadmissible. On sait combien les noirs se traitent durement entre eux ! Le point le plus important est d'obtenir leur confiance en s'occupant d'eux, en leur témoignant de l'intérêt et de la

bienveillance Ils sont reconnaissants au médecin qui écoute leurs plaintes et qui les traite avec douceur. Ils sentent fort bien la sympathie qu'on leur témoigne.

Le traitement moral, comme dans les autres psychoses, rendra les plus grands services dans l'aliénation mentale trypanosomiasique. Nous sommes les partisans convaincus de la suppression systématique de toute chaîne, de toute entrave, et même de la camisole de force. Des gardiens et des surveillants en nombre suffisant remplaceront avantageusement ces moyens de contention dignes d'un autre âge. Nous demandons avec M. le directeur Clouard, qu'à côté de chacun des camps de ségrégation des trypanosomés, qui seront établis auprès de toute formation sanitaire, soit installé un établissement spécial pour les aliénés dangereux et ambulomanes. Chaque malade y aurait sa petite cellule aux parois et au plancher cimentés pour en faciliter le nettoyage. Il en sortirait d'ailleurs dans la journée le plus souvent et le plus longtemps possible pour vivre au grand air et à la lumière, car l'isolement absolu ne saurait être admis. La proximité du village général permettrait aux convalescents, à beaucoup de mélancoliques, de déments chroniques qui ont de longues périodes de calme, pendant lesquelles ils sont inoffensifs, de vivre au camp de la vie normale parmi leurs compatriotes ou leurs amis. Facilement surveillés, ils pourraient être internés de nouveau en cas d'aggravation de leur état.

Le pavillon des aliénés sera entouré d'arbres qui, aux heures chaudes de la journée, ménageront une ombre propice et salutaire aux malades. L'eau sera distribuée largement. L'alimentation sera abondante, car les trypanosomés sont atteints de boulimie. La couche des gâteux nécessite des soins particuliers de propreté. Un simple lit de camp, de bois, avec ouverture au milieu, et recouvert d'une natte, sera très suffisant.

CHAPITRE IX

Crimes et délits dans la trypanosomiase. — Responsabilité. Expertise médico-légale

Chez les trypanosomés, les excès sont le plus souvent commis dans un tel état d'irritabilité, de fureur maniaque et d'agitation délirante, les vols sont pratiqués avec tant de niaiserie et d'inconscience que, dans ces conditions, ces actes ne laissent aucun doute sur la mentalité des coupables. Dans d'autres cas, les délits sont le résultat d'impulsions subites et ils sont complètement oubliés des malades, ils sont alors accomplis avec une insensibilité morale complète et considérés par eux comme une chose si naturelle que l'irresponsabilité des auteurs est certaine.

Destructeurs et violents, l'attention est vite attirée sur ces malades qui sont immédiatement surveillés. Aussi le meurtre est relativement rare, à moins que la trypanosomiase ne se complique d'hallucination ou de délire.

L'impulsivité peut se traduire par une tendance brusque instantanée au vol, à la fugue, à l'incendie, à l'homicide, au suicide, au vampirisme et dont le malade ne garde aucun souvenir. Ces trypanosomés impulsifs sont, avec les trypanosomés persécutés, les plus dangereux parmi nos aliénés.

Au cours des différents chapitres qui précèdent, nous avons décrit avec assez de détails les actes criminels des trypanosomés pour ne pas insister ici.

Nous devons cependant y ajouter l'exhibitionnisme.

Les outrages publics à la pudeur, si on peut appeler de ce nom *l'exhibition* par nos malades de leurs organes génitaux, qui n'effarouche aucun de leurs voisins, même de sexe différent, sont, chez les trypanosomés que nous avons observés, « sans but ». Nous laissons de côté les cas de nos déments qui, par suite de la diminution de leur sens moral agissent de façon inconsciente en déchirant leur vêtement et faisant voir leur sexe, ceux de nos aliénés impulsifs qui peuvent sortir de chez eux complètement nus; mais nous voulons citer celui de N'Goma Malonga (obs. 413) qui, dans un moment de fureur, enlève les différents pagnes dont il était couvert et s'habille de nouveau en remettant ses vêtements autour de la ceinture, mais en ayant soin de ne pas les réunir par devant, de façon à laisser au contraire une ouverture et une large fente permettant à tous de voir ses organes. Et il se promène ainsi à l'heure de la visite au milieu des consultants hommes et femmes, en disant, gesticulant et coléreux : « Voilà ! je m'en f... »

Il faut signaler dans la trypanosomiase par analogie avec celle de la paralysie générale et de la démence précoce, une période médico-légale prodromique pendant laquelle des actes extravagants, délictueux, des fugues, des crises de manie aiguë, de négativisme se produisent. Des erreurs de comptes et d'écritures, des négligences dans le service, des oublis graves sont commis qui paraissent inexplicables et même volontaires à ce stade d'invasion de la maladie, alors que le trypanosomé ne présente aucun signe clinique bien net de maladie du sommeil et que l'affaiblissement de son intelligence ne peut être apprécié d'observateurs non médecins.

Samba Taraore (obs. 309), milicien, paraissait en excellent état de santé quand une crise d'excitation le désigna à notre examen. Il fut trouvé trypanosomé. Ses camarades nous racontèrent alors qu'il avait,

depuis quelque temps, des allures bizarres. Il était devenu indiscipliné, il jouait beaucoup et dépensait bêtement, inutilement son argent.

Beaucoup de nos malades ambulomanes, querelleurs, en dehors de leurs crises, sont en état apparent d'excellente santé et c'est l'examen microscopique seul qui permet de poser le diagnostic certain.

*
* *

Dans de nombreux cas, par délégation de l'autorité judiciaire, le médecin sera chargé d'expertises médico-légales; il aura à examiner dans quelles conditions ont été commis des crimes, des délits, reprochés à des individus reconnus trypanosomés. Il aura à étudier la mesure dans laquelle ils sont coupables. Or, la trypanosomiase, comme tous les états pathologiques, comporte des degrés différents et variables allant de l'irresponsabilité absolue à une responsabilité plus ou moins atténuée. Louis Martin et Daré ont attiré l'attention sur la nécessité de rechercher de parti pris tous les symptômes de cette affection avant de conclure à la responsabilité de l'individu soumis à l'examen lorsque celui-ci aura séjourné dans les régions tropicales[1].

Nous n'avons pas l'intention ici de passer en revue tous les cas qui pourront se présenter, mais il ressort évidemment des diverses observations que nous avons résumées au cours de cette étude qu'on ne peut rendre responsables de menaces proférées, d'actes délictueux commis (erreurs de comptabilité, vente à vil prix, coups, blessures, vols, etc...), souvent accompagnés de mensonges, des malades trypanosomés chez lesquels on trouve des stigmates très nets de confusion mentale, de démence.

Un point plus délicat est celui où un individu, accusé de vol ou de tentative d'homicide par exemple, est conduit au médecin dans un état apparent d'excellente santé, où fort, vigoureux et le regard vif, il ne présente d'autres symptômes de maladie du sommeil qu'une hypertrophie des ganglions dont la lymphe examinée au microscope renferme des trypanosomes. L'inculpé aura besoin, dans ces conditions, d'être suivi très sérieusement et de très près, car de ce qu'on a découvert chez un indigène des parasites, on ne doit pas cependant forcément en conclure par l'absolution de tous ses crimes ni en déduire sa non-culpabilité. Il appartient précisément au médecin de s'entourer de toutes les garanties nécessaires pour pousser son enquête, demander des renseignements, sur le genre de vie, les habitudes de l'individu incriminé, il doit multiplier ses interrogations et ses examens, pratiquer la ponction

1. *La Maladie du sommeil au Congo français*, p. 326.

lombaire, avec cette ligne de conduite, dont il n'aura cependant jamais à se départir, à savoir qu'il a devant lui un malade à examiner et non un coupable.

Le trypanosomé entre souvent dans la maladie par une phase d'excitation maniaque et il est des cas où rien ne trahit la nature morbide de l'acte incriminé. L'appréciation médico-légale de certains faits est, pour ces motifs, difficile à établir.

Un trypanosomé, après l'accomplissement d'un acte délictueux, le reconnaît sur le moment. Il avoue. Le lendemain, il ignore tout, il ne sait pas à quoi l'on veut faire allusion (amnésie retardée).

On ne doit pas non plus confondre avec un simulateur un trypanosomé irresponsable, malgré l'attitude qu'il peut avoir d'un véritable coupable; il peut se renfermer dans un mutisme si absolu, faire des réponses tellement à côté, donner des explications si absurdes, nier l'acte commis ou chercher à l'expliquer par une avalanche telle de bonnes raisons, que souvent on aura, par cela même, les meilleures des indications pour pratiquer des examens.

Nous nous souvenons avoir eu à examiner un noir, meurtrier de sa femme, parce que celle-ci lui avait refusé d'accomplir les devoirs conjugaux. Il l'avait tuée de plusieurs coups de hache. Nous n'avons pas donné son observation, car nous n'avons pas trouvé chez lui de trypanosomes, mais il présentait des symptômes très nets de maladie du sommeil et son liquide cérébro-spinal contenait de nombreux éléments cellulaires. Or, il n'a jamais cherché à nier son crime. Chaque fois qu'on l'interrogeait, il disait qu'il aimait bien sa femme, il trouvait de nouveaux motifs pour s'excuser. Le plus souvent, d'ailleurs, ils étaient incohérents, et il finissait toujours par donner celui d'entre eux qui lui paraissait le plus sérieux... « Sa femme n'avait pas voulu partager la couche nuptiale. »

Parmi les Européens frappés de maladie du sommeil, nous avons rencontré des officiers, des hommes de troupe. Parmi les indigènes, de nombreux miliciens et des tirailleurs. Il n'est pas inutile d'attirer l'attention de nos confrères militaires coloniaux sur les impulsions aux *fugues* si fréquentes chez les trypanosomés. Elles ont été également signalées chez les soldats dégénérés ou atteints de démence précoce, et leur importance au point de vue médico-légal a été bien mise en relief par Pitres et Régis, Granjux et Rayneau...

Certains de nos malades paraissent sournois et dissimulés, et, surtout lorsqu'il s'agit de militaires, devant leur regard narquois, devant leur moue dédaigneuse, on est tenté de leur infliger une punition. Bobo (obs. 266), tirailleur, porte à son livret de nombreuses journées de salle de police et de prison. Son attitude si spéciale en motivait la fréquence.

Quand on l'interroge, il répond tellement à côté, avec un ton de voix si affecté, il vous regarde d'une manière si bizarre, il a si bien l'air de se moquer absolument de vous, et si on insiste, cette mimique du visage s'accentue tellement, que ses chefs le punissaient invariablement.

Un de nos miliciens trypanosomés exécutait très mal à l'exercice les mouvements commandés. Il faisait demi-tour quand on lui ordonnait la marche en avant, tournait à droite quand il devait faire par le flanc gauche, et réciproquement. Or, c'était un vieux soldat, très rompu aux différentes manœuvres. Son sergent indigène croyait à une mauvaise volonté de sa part, et le punissait jusqu'au jour où, devant un véritable refus d'obéissance, il nous fut conduit et reconnu malade.

Au moment du recrutement des soldats indigènes, il est donc très nécessaire d'examiner tout spécialement ces individus au point de vue trypanosomiase. Des visites systématiques et régulières des miliciens et des tirailleurs permettront de dépister les malades. On examinera particulièrement les sujets trop souvent punis pour les mêmes motifs. Tel a refusé d'obéir, injurié, menacé de sa baïonnette, frappé même un supérieur, qui n'est qu'un malheureux trypanosomé guetté par les troubles mentaux.

Dans les pays fortement contaminés comme au Congo, il y a lieu d'examiner le plus grand nombre possible d'indigènes employés à des services publics. Nombreux sont des noirs à qui l'on confie une besogne sérieuse, tels les mécaniciens, les chauffeurs des bateaux ou des chemins de fer qui, trypanosomés, peuvent, dans un moment d'excitation ou de folie, accomplir des actes dangereux. Un de nos malades, atteint d'aliénation mentale, Massanba Mansoungo, était serre-frein au chemin de fer du Djoué !

Conclusions

La trypanosomiase humaine, peut être envisagée comme une maladie toxique généralisée de l'organisme avec action élective du poison sur les centres nerveux, et elle ne fait pas exception à cette règle générale de nosologie psychiatrique, qui veut que toute infection et toute intoxication se manifeste par des modalités cérébrales, confusion mentale, délire onirique, démence précoce, reliées entre elles par une infinité de caractères communs.

L'aliénation mentale trypanosomiasique a pour type clinique fondamental la confusion mentale se développant sur un fond démentiel très marqué. Aussi se traduit-elle essentiellement par une torpeur cérébrale constante, allant jusqu'à la stupeur, au sommeil et au gâtisme, par de l'obtusion mentale, par de l'amnésie soit actuelle, soit rétro-antérograde,

par de la désorientation, par du délire onirique hallucinatoire et par des états catatoniques très nets. Cette forme la plus constante et la plus commune s'accompagne fréquemment d'états délirants accessoires et surajoutés, mais « absurdes, mobiles, contradictoires incohérents » et comprenant : 1° des variétés dépressives mélancoliques; 2° des variétés expansives ou mégalo-maniaques (délire des grandeurs); 3° des variétés circulaires ou maniaques-dépressives dans lesquelles il y a succession plus ou moins régulière d'états maniaques et d'états mélancoliques.

Les hallucinations visuelles, auditives, olfactives, gustatives, les idées fixes, les obsessions ne sont pas rares chez les trypanosomés et créent chez certains d'entre eux du délire plus ou moins systématisé (délire de persécution).

Les impulsions fréquentes les plus communes sont les tendances à la fugue, à la dromomanie. On rencontre également, mais plus rarement, des impulsions au vol, au vampirisme, à l'homicide, à l'incendie et au suicide. Elles ont un caractère plus ou moins irréfléchi, subit, spontané, démentiel suivant le degré d'affaiblissement mental du malade.

Les nombreuses épidémies « de familles et de cases » observées au Congo français expliquent très facilement les cas d'épidémie à forme cérébrale dégénérant en crises de folie trypanosomiasique, observée dans certaines régions du Congo, sous des influences particulières de température et de milieu.

Les troubles psychiques observés chez les Européens trypanosomés sont les mêmes que chez les indigènes, mais la mentalité « puérile » de ces derniers donne un cachet particulier et spécial d'enfantillage à leur délire.

Le pronostic est toujours grave dans la forme cérébrale de la maladie du sommeil et un traitement à l'atoxyl, même judicieusement suivi, n'amènera pas toujours l'amélioration de l'état du malade.

La démence trypanosomiasique sera à distinguer de la démence alcoolique, de la démence épileptique, de l'aliénation mentale syphilitique et surtout de la paralysie générale. Le diagnostic de l'aliénation mentale trypanosomiasique est d'autant plus délicat que parfois viendront se greffer sur le fond démentiel trypanosomiasique des troubles dus à une affection intercurrente, telle que l'alcoolisme et la syphilis. La présence du trypanosome constatée au microscope lèvera tous les doutes.

Les lésions anatomo-pathologiques rencontrées chez un de nos malades atteint d'aliénation mentale, ont déjà été décrites comme lésions histologiques de la maladie du sommeil et figurent au nombre des lésions histopathologiques trouvées dans la paralysie générale.

Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que ces deux affections pré-

sentent, au point de vue psychique, de nombreux rapports et de grandes analogies. Nous avons rencontré, en effet, se greffant sur un affaiblissement intellectuel progressif, les mêmes états délirants, les mêmes conceptions absurdes et niaises sur un fond démentiel tout à fait comparable.

Devant des symptômes nerveux d'excitation cérébrale, de troubles mentaux, chez les indigènes comme chez les Européens ayant séjourné dans les régions tropicales africaines, et particulièrement au Congo, on devra toujours songer à la trypanosomiase. Le flagellé devra être recherché systématiquement chez tous ces individus avant de conclure à leur responsabilité. Le médecin militaire, tout spécialement, ne doit pas oublier qu'il existe une période prodromique médico-légale de la trypanosomiase et qu'il est des cas où le trypanosomé entre dans sa maladie par une phase d'excitation maniaque, alors que l'état général du malade paraît excellent, aucun signe extérieur ne révélant son affection. Il songera aux fugues, aux impulsions rencontrées si souvent dans cette affection.

Les aliénés trypanosomés seront traités avec douceur, jouiront largement de la vie au grand air et d'une liberté relative, sous une surveillance sage et bien comprise.